

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**A (IN)VISIBILIDADE DA PRÁTICA DE CUIDAR DO SER
ENFERMEIRO SOB O OLHAR DA EQUIPE DE SAÚDE**

CURITIBA

2004

MARIA DE LOURES CASTANHA

**A (IN)VISIBILIDADE DA PRÁTICA DE CUIDAR DO SER
ENFERMEIRO SOB O OLHAR DA EQUIPE DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração - Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ivete Palmira Sanson
Zagonel

CURITIBA

2004

CASTANHA, Maria de Lourdes.

A (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. 2004.

161 f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná.

1. Enfermagem. 2. Saúde. 3. Equipe de Saúde.

TERMO DE APROVAÇÃO

MARIA DE LOURDES CASTANHA

A (IN)VISIBILIDADE DA PRÁTICA DE CUIDAR DO SER ENFERMEIRO SOB O OLHAR DA EQUIPE DE SAÚDE

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração – Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Profª. Dra. Ivete Palmira Sanson Zagonel
Presidente – Departamento de Enfermagem, UFPR

Profª. Dra. Eloita Pereira Neves
Membro Titular – Departamento de Enfermagem, UERJ

Profª. Dra. Maria Ribeiro Lacerda
Membro Titular – Departamento de Enfermagem, UFPR

Curitiba, 29 de novembro de 2004.

A todos os enfermeiros, que
no dia-a-dia não medem esforços
para tornar a prática de cuidar visível.

AGRADECIMENTOS

A Deus agradeço a vida e as graças de cada dia.

Ao Instituto das Apóstolas do Sagrado Coração de Jesus, que, por meio da Superiora Provincial, oportunizou-me o curso de mestrado.

Ao curso de Mestrado da Universidade Federal do Paraná, na pessoa de suas coordenadoras e professoras, o conhecimento compartilhado.

A minha querida orientadora, Professora Doutora Ivete Palmira Sanson Zagonel, que, no processo de construção deste trabalho, conduziu-me com paciência, competência, dedicação e determinação respeitando as minhas limitações.

À Direção da Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro, a dispensa no trabalho, no período de aulas, e o incentivo na construção deste conhecimento.

Ao Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (Nepeche/UFPR), pelo convívio, troca de experiências e compartilhamento de idéias sobre cuidado humano.

Aos profissionais da equipe de saúde do hospital, participantes do estudo.

As minhas irmãs de comunidade, que souberam compreender minhas ausências e necessidades de tempo para aprofundar novos conhecimentos.

Às colegas do curso de mestrado, os bons momentos partilhados.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	viii
LISTA DE SIGLAS	ix
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
1 INTRODUÇÃO	01
2 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	11
3 A INTERROGAÇÃO INICIAL	14
3.1 QUESTÃO NORTEADORA	14
3.2 OBJETIVOS	14
4 O DESVELAR DA LITERATURA E O REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1 O DIÁLOGO VIVIDO NO PROCESSO DE CUIDAR EM UNIDADES CRÍTICAS PEDIÁTRICAS	16
4.2 TEORIA HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD COMO SUPORTE TEÓRICO	23
5 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	31
5.1 A ESCOLHA DO CAMINHO	31
5.2 O CONTEXTO DE PESQUISA	36
5.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO	40
5.4 O ENCONTRO PARA APREENSÃO DOS DEPOIMENTOS	43
5.5 OS ASPECTOS ÉTICOS QUE PERMEARAM O CAMINHAR	47
5.6 A ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	49
6 A VISIBILIDADE DO CONTEÚDO APREENDIDO	51
6.1 ANÁLISE ESTRUTURAL DAS DESCRIÇÕES DOS SUJEITOS ENFERMEIROS	51

6.2 ESTRUTURA DE COMPREENSÃO DAS DESCRIÇÕES DOS	
ENFERMEIROS	55
6.2.1 UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO DISCURSO 1	57
6.3 SÍNTESE DAS CATEGORIAS CONVERGENTES DOS ENFERMEIROS ..	62
6.4 SÍNTESE DAS CATEGORIAS CONVERGENTES DA EQUIPE	
DE SAÚDE	79
7 COMPREENSÃO DA (IN)VISIBILIDADE DA PRÁTICA DE CUIDAR	
DO SER ENFERMEIRO	109
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
REFERÊNCIAS	119
ANEXOS	124

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – SÍNTESE E UNIDADES DE SIGNIFICADO DO DISCURSO 1	53
QUADRO 2 – UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO E CATEGORIAS CONVERGENTES	56
QUADRO 3 – CATEGORIAS CONVERGENTES E UNIDADES DE SIGNIFICADO	79
FIGURA 1 – MODELO CONCEITUAL DA PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE SOBRE A (IN)VISIBILIDADE DA PRÁTICA DE CUIDAR DO SER ENFERMEIRO EM UNIDADES CRÍTICAS PEDIÁTRICAS	114

LISTA DE SIGLAS

UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
UCP	UNIDADE CRÍTICA PEDIÁTRICA
USS	UNIDADES DE SIGNIFICADO
D (1,2,...)	DISCURSO 1,2,...

RESUMO

Este estudo visa compreender a percepção da (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde, tendo como referencial a Teoria Humanista de Paterson e Zderad (1979). Trata-se de pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica. Objetivou compreender a percepção da equipe de saúde sobre a (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro em unidades críticas pediátricas e delinear, a partir do apreendido, um modelo conceitual da percepção da equipe de saúde sobre a (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro. Teve como questão norteadora “qual a percepção da equipe de saúde sobre a (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro?”. Os sujeitos que compuseram a amostra do estudo foram sete enfermeiros, quatro médicos, dois psicólogos, dois fisioterapeutas, um técnico e um auxiliar de enfermagem e dois auxiliares de higienização. Utilizou-se como cenário de estudo as Unidades de Terapia Intensiva de um Hospital Pediátrico de Curitiba. As informações foram coletadas através da entrevista semi-estruturada. Para análise dos depoimentos seguiu-se os passos propostos por Giorgi (1985). A síntese das categorias convergentes reflete o processo de análise fenomenológica a partir das Unidades de Significado apreendidas, transformando-as na compreensão da pesquisadora a respeito da experiência dos sujeitos. Da análise do apreendido emergiram três categorias convergentes com dez unidades de significado relacionadas ao olhar do ser enfermeiro sobre o fenômeno a ser desvendado, e outras três, também com dez unidades, referentes ao olhar da equipe multidisciplinar. *As categorias apreendidas entre os enfermeiros:* 1) O *self* do ser enfermeiro articulado ao vir-a-ser profissional 2) O ser enfermeiro profissional e as dimensões do cuidado diante da sua prática 3) O ser enfermeiro na convivência coletiva com os demais profissionais de saúde, família e instituição. *As categorias relacionadas à equipe multiprofissional* 1) A convivência da equipe de saúde no cotidiano de cuidado do enfermeiro 2) A visão da equipe de saúde sobre a (in)visibilidade do enfermeiro 3) A repercussão do agir profissional do enfermeiro no agir profissional da equipe de saúde. O caminho metodológico trilhado neste estudo possibilitou elucidar o fenômeno da (in)visibilidade da prática de cuidar, por meio da compreensão dos depoimentos que relatam a dinamicidade dos múltiplos ‘fazeres’ que cotidianamente permeiam as ações do enfermeiro. Foi possível delinear um Modelo Conceitual da equipe sobre a percepção da (in)visibilidade da prática de cuidar, apontando caminhos para a visibilidade do ser enfermeiro. A compreensão enfatiza o trabalho do enfermeiro como árduo, exige agilidade, habilidades precisas, presença e proximidade do cliente e família. Os profissionais de saúde expressam a significação de que o enfermeiro é um ser que agrega à sua prática o cuidado integral, pois cabe a este o conhecimento apurado de todos os clientes sob sua responsabilidade. Apontam ainda para as relações dialógicas do enfermeiro na unidade, como elo entre os integrantes da equipe, clientes, família e instituição. A compreensão resulta em estabelecer o desafio constante da relação dialógica entre o enfermeiro e profissionais da saúde, para, de forma competente, efetivar a convergência da comunicação sensível e a intersubjetividade que permeiam as ações de cuidar para obter a visibilidade.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Enfermagem, Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

The present study aims to comprehend the perception of the nurse being's caring practices (in)visibility under the health team view, based on Paterson & Zderad's Humanistic Theory (1979). It deals with qualitative research with phenomenological approach. The goal was to comprehend the perception of the health team on the caring practices (in)visibility of the nurse being in critical pediatric units and outline from that, a conceptual model of the health team perception on the caring practices (in)visibility of the nurse being. Work's guideline question was "what is the perception of the health team on the caring practices (in)visibility of the nurse being?". Sample group was made up of seven nurses, four doctors, two psychologists, two physiotherapists, one nursing technician and one nursing assistant, and two hygienist assistants. Intensive Care Units of a Pediatric Hospital in Curitiba were used as the study setting. The whole information was collected through the semi-structured interview. Steps suggested by Giorgi (1985) were followed for the statements analysis. From the Significance Units grasped, the synthesis of the converging categories reflects the phenomenological analysis process, transforming them into the researcher's understanding on the individuals' experience. Analysis of the information had allowed the emergence of three converging categories with ten significance units related to the nurse being view on the phenomenon to be uncovered and, three others with also ten units, referring to the multi-disciplinar team view. *Categories grasped among nurses:* 1) The 'self' of the nurse being linked to the going-to-be professional 2) The professional nurse being and the caring dimensions face to its practice 3) The nurse being in the collective coexistence with the other health professionals, with the family and institution. *Categories related to the multi-professional team* 1) Coexistence of the health team in the nurse's care everyday 2) Health team view on nurse's (in)visibility 3) Repercussion of the nurse's professional way of act on the health team's professional way of act. The methodological path trailed on this study made it possible to elucidate the (in)visibility phenomenon of the nurse being, by understanding the statements that report the dynamics of the multiple tasks that daily permeate nurse's caring actions. It was possible to outline a Conceptual Model of the team about the perception of the nurse being (in)visibility in his/her caring practices, pointing to ways for the nurse being visibility. Comprehension emphasizes the nurse work as hard, demanding agility, precise abilities, presence and proximity to the client and his family. Health professionals express the significance that the nurse is a being who aggregates integral care to his/her practice, as it is of his/her concern to know, in detail, about all clients under his/her responsibility. Yet they point to dialogical relationships of the nurse in the unit as a link for the members of the team, clients, family and institution. Understanding results in establishing the continue challenge of the dialogic relationship between the nurse and the health professionals to put into effect, in a competent way, the convergence of the sensitive communication and the intersubjectivity that permeate the actions of caring in order to get visibility.

Key words: Nursing care, Nursing, Patient's Assistance Team.

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem reúne a complexidade e a pluralidade de ações inseridas na sociedade, tornando-se uma profissão singular em diferentes dimensões. Executa, em seu cotidiano, atos de cuidado que transitam do mais simples para o mais complexo, associados aos mecanismos e às habilidades que envolvem o sentir, o fazer e o pensar. No entanto, não obstante o seu ser-presença e o seu ser-fazer, no processo de cuidar, o enfermeiro fica muitas vezes eclipsado, isto é, não visibilizado, embora sua presença, com certeza, torne-se um diferencial no momento de agir cuidativamente.

A trajetória da enfermagem não difere em problemas, dilemas e conflitos de outras profissões, porém, conforme afirma Silva (2001, p. 5), “apresenta características próprias da época em que nasceu, do contexto onde se insere, das razões que a geraram e das tatuagens que lhe foram impressas ao longo de sua história”. Grande tem sido o esforço em busca de reconhecimento e autonomia do exercício profissional da enfermagem, o qual se molda de acordo com o desenvolvimento das políticas de saúde, mudança curricular, movimentos de atuação no espaço hospitalar e ambulatorial, enfim, onde a enfermagem se insere. Muitas são as perguntas que surgem para os enfermeiros ao realizarem as ações de enfermagem: A quem servimos? Quais são nossos ideais? A quem serve a nossa competência? Esses e outros questionamentos remetem a reflexionar a prática como profissionais atuantes no campo da academia ou da assistência.

No contexto de tantas mudanças, os enfermeiros tentam ser visibilizados e reconhecidos, como profissionais, cuja prática diária tem como elemento central de sua filosofia o cuidar seja ele individual, familiar ou comunitário. Por se tratar de um cuidado feito ao outro de forma indiscriminada, individualizada, dialogada, relacional, pode ser chamado de cuidado de enfermagem humanista, conforme a teoria de Paterson e Zderad (1979), sob cuja luz este trabalho desenvolve-se.

O caminho a ser percorrido para a efetiva visibilização do profissional e seu

conseqüente reconhecimento é o da autocrítica e formação permanente, isto é, aquele que torna o enfermeiro visível em suas ações de forma individual e coletiva, ao fazer a crítica reflexiva dessa forma de agir, sem esquecer o aprimoramento constante. Sobre essa necessidade de criticar-se, Vale (2001, p. 356) reconhece que é “necessário pensar criticamente a realidade, para, utilizando-se das condições objetivas, transformá-la”.

Santos (2001, p. 69), citando Carvalho e Barreira, salienta que “a prática dá visibilidade e resume o significado de uma profissão no espaço social, porque nela se consubstancia a realização do compromisso social, o qual, sendo obrigatório e coletivo, assegura à profissão sua continuidade no tempo e no espaço, conferindo reconhecimento social”. O autor complementa esse pensamento, afirmando que a prática determina a posição do enfermeiro na sociedade, assegurando ganhos simbólicos que lhe permitem manter sua autonomia (individual e coletiva) no mesmo espaço.

A prática aponta que é por meio da atuação profissional que surge a visibilidade. É necessário mover-se em busca de novos conhecimentos e relacionamentos que reforcem a imprescindível presença do enfermeiro no processo de cuidar.

A própria necessidade de reconhecimento dos enfermeiros como membros importantes da equipe de saúde, especialmente quanto aos aspectos de cuidar, remete a pensar sobre a valorização que se atribui aos pares e aos outros membros da equipe. No conceito de Vale (2001, p. 358), “dar visibilidade à profissão é também buscar parcerias, compartilhar responsabilidades e tarefas. É preciso aproveitar as oportunidades e nelas trilhar caminhos que levem a um processo de intervenção, que permita criticar, modificar, melhorar, qualificar e preparar o terreno para a enfermagem”.

O processo de construção da visibilidade exige dos profissionais responsabilidades e engajamento, tanto no sentido de busca do aprofundamento constante no campo do conhecimento teórico-prático quanto no aprimoramento das

competências dos relacionamentos intergrupais.

A história de 'não-visibilidade', segundo Collière (1999), remonta a séculos, quando as mães e outras mulheres da sociedade cuidavam dos filhos pequenos e dos doentes nas próprias residências, proporcionando, sem alaridos, os cuidados de conforto, de resolução das necessidades momentâneas e de presença presente. Esses trabalhos praticamente não eram valorizados e considerados pela sociedade, por serem exercidos por mulheres.

Muitas vezes, diz Collière (1999), na ânsia de ajudar o outro, as mulheres faziam chás, banhos e ungüentos, com folhas, flores, frutos e sementes, cujos resultados eram compartilhados entre elas. Tinham o conhecimento prático, porque, por meio do ensaio e erro, adquiriam inúmeros conhecimentos sobre plantas, crescimento corporal, massagens. Usavam o toque e o olfato na execução de seus cuidados. Contudo, não dominavam a escrita, que era privilégio dos homens, especialmente dos sacerdotes e curandeiros, os quais aos poucos se apropriaram dos seus saberes, deixando as mulheres, representantes da enfermagem de então, privadas da sistematização de tais conhecimentos.

Peixoto (2002, p. 8), falando sobre o caminho realizado pelo cuidado no tempo, enfatiza que

[...] assim como o homem teve que ir descobrindo sempre novas formas de viver e conviver em sociedades grandes ou mesmo tão pequena quanto aquela familiar, da mesma forma, o jeito de cuidar e as razões para o fazer foram sofrendo suas próprias metamorfoses, até chegar a este produto de trabalho de enfermagem que chamamos cuidado.

Esse caminho, iniciado de forma empírica e artesanal, acompanhou as descobertas, os novos conhecimentos e, muitas vezes, o modelo médico. Sobre isso, Peixoto (2002, p. 8-9) salienta que, “nas civilizações mais remotas, nas culturas pré-literárias, a enfermagem e a medicina estiveram fundidas numa só atividade. O progresso, do qual nos beneficiamos hoje, é produto de lento desenvolvimento, para o qual contribuíram muitas pessoas e fatores de várias ordens”.

Um vulto da história de fundamental importância, nesse processo de

visibilização, tanto do ser enfermeiro quanto da enfermagem, foi Florence Nightingale (1820-1910), que fez emergir, mediante seus conhecimentos e sua atuação, tanto na academia como na prática, a profissão enfermeiro, até então pouco estruturada e escondida da sociedade. A partir disso, parece ter a enfermagem conseguido criar suas próprias formas de ação, introduzindo de maneira nova e categórica as transformações na forma de cuidar, que enfatizavam a preocupação com o ambiente, a higiene, o corpo, a pureza da água, assim como o emocional da pessoa. Esse novo modelo de enfermagem “tratava o ser humano dentro de uma visão multidimensional, muito mais do que meramente o tratamento de um processo de doença” (PAGANINI, 1998, p. 3).

Desde aquele tempo, muitos fatos contribuíram para alargar os horizontes da teoria e da prática da enfermagem. Basta olhar as inumeráveis alterações ocorridas nas ciências, na área da saúde, na sociedade, na economia, na educação e na área tecnológica e industrial. Diante desse avanço científico e tecnológico, a enfermagem precisou organizar-se para poder prestar o melhor cuidado e colaborar para atingir o estar bem e o estar melhor de cada cliente.

A medicina já havia galgado um alto patamar no campo da ciência e do reconhecimento popular, e, por mais que a enfermagem fizesse, seria difícil vencer batalha tão desigual.

Nesse sentido, a visibilidade do trabalho profissional do enfermeiro, na própria equipe e na multiprofissional, é algo que me inquieta desde longa data. Percebia que o enfermeiro se comprometia no seu âmbito de trabalho com todas as equipes, cabendo a ele apreender o maior número de informações a respeito do cliente, do setor que gerenciava, da equipe com que interagia, de todo o contexto de cuidado que envolvia especialmente as unidades de alta complexidade, bem como empreender ações de cuidado diversificadas e aplicáveis a cada situação em especial.

Nessa lógica, Yoshioka (1996, p. 26), ao falar sobre uma das ações do enfermeiro, a consulta de enfermagem, diz que ele “é reconhecido no seu meio

como elemento que tenta resolver ‘todos’ os problemas, em prol de algo que acredita ser maior – a questão social – o atendimento ao cliente”. Essa autora complementa o raciocínio dizendo que o enfermeiro esforça-se intensa e permanentemente, ou seja, não se acomoda, de maneira que, para ser visto como profissional e sentir-se como tal, ele tem de ser maior do que os obstáculos, para existir como enfermeiro. Diz ainda que, procurando ser o elemento de referência, o enfermeiro tem duas intenções distintas e simultâneas: viabilizar a assistência e impor-se profissionalmente, criando oportunidades para abrir espaço nessa direção.

A autora explicita ainda que “o fazer do enfermeiro tem por motivação maior a sua identidade, que é ser visto, reconhecido, procurado e aceito como o ‘profissional enfermeiro’, que se dá no cotidiano da relação com os outros que lhe são significantes – clientes, outros enfermeiros e o médico” (p. 188).

Esse dilema, reflexo do desenvolvimento histórico da enfermagem, está sendo refletido e colocado em debate, uma vez que se revitaliza o desempenho profissional, por meio da revalorização do humano, do verdadeiro exercício da enfermagem, que é o cuidado, levando-se em consideração as relações, o intersubjetivo e os fatores humanistas essenciais, além dos aspectos instrumentais do cuidado.

Entretanto, desde a metade do século passado, quando as instituições de saúde passaram a receber um grande número de usuários, houve a necessidade de estratificar o modo de cuidar, em técnico (assistencial) e gerencial (administrativo). Tal subdivisão das atividades de cuidado, ao longo dos anos, contribuiu para ofuscar a figura do profissional enfermeiro, como agente principal do cuidado, uma vez que nem sempre as ações eram por ele executadas junto ao cliente. Nesse sentido, Peduzzi (2001, p. 171) diz que “essas diferenças técnicas e desigualdades de valoração social do trabalho e conseqüentemente dos respectivos agentes do trabalho são percebidas, vivenciadas e reproduzidas no interior do campo, pois a representação social acerca da enfermagem, usualmente, não expressa tais diferenças”.

Esse fato leva a pensar no que é expresso por Piva (2003, p. 79), ou seja, que a “sociedade reconhece a enfermagem como seres que andam de branco e circulam pelos corredores”, e esse aspecto conduz a imaginar que poucos sabem distinguir, na equipe, o profissional enfermeiro, como sendo o gestor dos cuidados que ele e sua equipe aplicam no dia-a-dia àqueles que deles necessitam. Assim, apesar de ser o enfermeiro, no dizer de Kalinowski (2000), o detentor de um conjunto de informações relacionadas aos doentes, assim como ao ambiente de cuidado, seu real trabalho permanece invisível.

O exaustivo fazer sem a devida visibilidade e o reconhecimento, tanto em nível pessoal como de equipe, têm servido para aumentar a desmotivação para o trabalho e até a depressão em tantos colegas da categoria. Nietzsche e Leopardi (2000) dizem que, ao final de um turno, muitos enfermeiros perguntam-se o que fizeram no sentido de proporcionar, tanto a si quanto aos outros, o autodesenvolvimento, a auto-realização, quer seja no âmbito profissional ou pessoal. Bettinelli (2002) ressalta, também, que os enfermeiros desejam ser valorizados pela forma e qualidade dos cuidados prestados.

Dessa forma, a escolha do tema (in)visibilidade fundamenta-se na percepção da vivência cotidiana da minha experiência profissional na área hospitalar de que o processo de trabalho do enfermeiro e o seu processo de cuidar ainda permanecem invisíveis, apesar dos esforços para desocultar a prática de cuidar a que o enfermeiro está envolvido. A partir dessa inquietação gerada pela minha percepção de que o fazer, o pensar, o decidir, o compartilhar do processo de cuidar do enfermeiro são pouco visíveis, desenvolvi este estudo.

Partindo da pressuposta invisibilidade da enfermagem, incluindo o profissional, o pessoal e o coletivo do enfermeiro, a intenção é contribuir para tornar visível essa invisibilidade. A prática de cuidar do enfermeiro necessita ser investigada para se desvelarem as dimensões e os aspectos que contribuem para tornar tal prática invisível.

Essa migração da invisibilidade para a visibilidade, essa mudança de um

status para outro, exige articulação e sintonia, além de se considerar que o ser enfermeiro é o centro de todo esse processo. O ser enfermeiro está articulado ao ser pessoal, que é o seu próprio *self*, ao ser profissional, que presta os cuidados ao cliente e à família, e ao ser coletivo, isto é, que interage com a equipe com a qual convive.

Existe, portanto, uma intercessão, uma interface entre todas essas características, que não pode ser dissociada da prática profissional. O ser enfermeiro congrega a articulação destas três dimensões: pessoal, profissional e coletiva. A partir do momento em que existe essa articulação em movimento, várias atribuições, funções e aspectos entram nesse processo de trabalho, para auxiliar a visibilidade do ser enfermeiro. Dentre esses aspectos, é possível citar a atualização e o desenvolvimento pessoal, profissional e coletivo. A interação com o outro ajuda a transformar o próprio modo de ser, fazer e conviver, melhorando, assim, as alianças com a equipe. A responsabilidade, o engajamento, a gentileza, empatia, o respeito, interesse e amor são sentimentos que necessitam estar interligados, além da competência, do conhecimento científico-tecnológico para que o processo de trabalho que envolve o processo de cuidar do ser enfermeiro torne-se visível.

A visibilidade é pessoal, profissional e coletiva, pois envolve o ser de relações do enfermeiro com a equipe de saúde. E o ser enfermeiro enquanto profissional está inserido em um grupo social que para o desempenho da prática profissional, exige aspectos éticos e legais.

Esses aspectos unidos tendem a explicitar a visibilidade do processo de cuidar que está inserido no processo de trabalho, pois colocam o enfermeiro numa relação direta, processual, dialógica, interativa e subjetiva com o cliente, a família, a instituição; na pesquisa; no desenvolvimento do conhecimento profissional e no ensino em contato com acadêmicos.

Tenho verificado que a enfermagem é uma grande fazedora que quase anonimamente procura satisfazer as necessidades dos clientes, da equipe, dos demais profissionais e da instituição, permanece ao lado do doente e concentra

esforços na busca de seu bem-estar. Entretanto, o reconhecimento pelo cliente do trabalho executado, em geral, vai para o médico, a quem ele agradece e se vincula, mesmo que suas visitas tenham sido 'homeopáticas'. O enfermeiro escuta o cliente quando este necessita 'desabafar', porém, esse mesmo cliente tem dificuldade de reconhecê-lo entre os membros da equipe. Talvez isso ocorra pela diferença que existe entre a visibilidade profissional e o reconhecimento profissional, pois o reconhecimento surge da visibilidade, do desempenho profissional do enfermeiro.

Quando menciono 'desempenho', refiro-me a um conceito amplo, não apenas a um conceito técnico, mas que envolve desenvolvimento da prática profissional, desenvolvimento do ser enfermeiro para atuar nessa prática e ainda o desenvolvimento dos outros que fazem parte da mesma prática.

Espero que este trabalho traga luz que ajude a visualizar essa questão e que, a partir daí, o enfermeiro possa corrigir orientações, a fim de conquistar melhor visibilidade e reconhecimento. Um ditado popular diz: "aquele que se sente valorizado, valoriza, aquele que se sente amado, ama", disso, pode-se inferir que aquele que é reconhecido pelo seu trabalho buscará fazer igual ou melhor para continuar sendo valorizado, notado, percebido.

Assim, neste trabalho, pretendo desvelar a visibilidade ou a invisibilidade da dimensão do cuidar exercida pelo enfermeiro, em unidades críticas pediátricas. Espero encontrar as respostas para tal desvelamento, mediante as falas de membros da equipe de saúde, entendida por mim, nesta pesquisa, como sendo o grupo daqueles que atuam, e lançam olhares, percepções sobre o trabalho do enfermeiro de forma sistemática, nas unidades críticas, como: enfermeiros, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, técnicos e auxiliares em enfermagem e auxiliares de higienização. Como referencial teórico do estudo, utilizo as idéias da Teoria Humanista de Paterson e Zderad.

Para Paterson e Zderad (1979), o profissional enfermeiro mantém com o outro não uma simples relação sujeito-objeto, tecnicamente competente, mas sim uma relação intersubjetiva, baseada na consciência existencial que ele tem de si e

do outro.

Essas autoras (1979) afirmam que o espaço onde se encontra o doente é um local de transações intersubjetivas, em que o enfermeiro mantém constante interdependência com o cliente, a família e a equipe e eles com o enfermeiro. Assim, tal contexto é propício para firmar relações e conquistar visibilidade.

Santos, Rogers e Bowen (1987) expõem que existem três estados básicos da consciência humana: o estado aparente, o estado escondido e o estado intermediário, os quais auxiliam na compreensão do funcionamento do ser humano. O autor pontua que o estado aparente manifesta-se por meio da racionalidade, da linearidade, da intelectualidade, da objetividade, da literalidade e da linguagem comum, que permite ao ser humano lidar com o dia-a-dia; o estado escondido manifesta-se na pessoa pela intuição, não-linearidade, criatividade, subjetividade, pelos sonhos, imagens, fantasias, linguagem metafórica; e o estado intermediário aparece quando há senso de liberdade, sintonia, sincronicidade, mesma frequência, fluidez, movimento, essência, unificação e espontaneidade. O estado intermediário é considerado o produto da fusão entre o estado aparente e o escondido. Essa fusão não é simplesmente uma união de opostos, mas sim uma unificação, que forma algo novo e diferenciado, com características próprias.

Entendo que o saber e o fazer em enfermagem oferecem estas três possibilidades: o cuidado aparente, o cuidado escondido e o cuidado intermediário, assim como é possível observar essas três dimensões nas relações humanas. Estaria a essência do fazer em enfermagem escondida dos demais profissionais de saúde? Porque a fase aparente do cuidado de enfermagem não é visibilizada, percebida pelos demais membros da equipe de saúde?

Meier e Nascimento (2003, p. 222) estabelecem que “as ações de enfermagem só se concretizam em determinado tempo e espaço quando o cuidado é resultante do processo interativo”. As autoras afirmam, ainda, que deve haver convergência entre as pessoas envolvidas no cuidado, por meio do agir comunicativo, ou seja, o modo como os participantes tentam estabelecer um

equilíbrio em suas atitudes e atingir os seus objetivos, mediante um acordo existente entre si, possibilita a convergência de objetivos.

Após essa exposição, delineio minha trajetória profissional, a qual converge para a elucidação da inquietação já apresentada, bem como mostra sua origem, no sentido de compartilhar a história de meu ser enfermeira no mundo, em busca de um vir-a-ser-mais para cuidar melhor e de forma visível.

2 TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Minha trajetória profissional iniciou-se quando eu era atendente de enfermagem, na Policlínica Pato Branco, hospital situado na cidade de mesmo nome, localizada no oeste do Estado do Paraná, onde dei meus primeiros passos, para entrar de vez no processo de cuidar de doentes. Naquele momento, eu sabia mal algumas técnicas de enfermagem e nada sobre o papel do enfermeiro e da própria enfermagem, tanto para o doente e sua família quanto para a instituição. Desconhecia o tamanho do horizonte do profissional enfermeiro e de sua equipe. À medida que trabalhava e me qualificava para agir, meus olhos testemunhavam as inúmeras possibilidades de ‘mostrar serviço e conhecimento’ que esse profissional reúne. Percorrendo o caminho na complexidade do cuidado e, ao mesmo tempo, analisando a figura do enfermeiro dentro das instituições, percebi que ele se tornou um ‘grande fazedor’, principalmente por ‘cuidar de tudo’ em seu setor, embora disponha de pouco tempo para cuidar do cliente.

Mesmo tendo essa percepção dentro de mim, optei por seguir a carreira de enfermagem e fiz o curso de graduação na Pontifícia Universidade Católica do Paraná, concluindo-o em 1982, o qual alicerçou meus conhecimentos e minhas vivências da assistência, impulsionando-me a empreender um esforço contínuo para atingir a qualidade necessária ao atendimento dos clientes.

A partir daí, fui por oito anos enfermeira administrativa no Hospital Pequeno Príncipe, em Curitiba, e concomitantemente prestava cuidado direto ao paciente e sua família, porque, por vários anos desse espaço de tempo, eu era a única graduada daquele serviço. Era conhecida como ‘enfermeira bombeiro’, de quem ainda se fala hoje. Literalmente, eu fazia de tudo, desde o planejamento dos cuidados aos clientes até pequenos consertos em equipamentos de primeira necessidade. Eu realmente trabalhava muito. Tinha visibilidade, contudo, meu fazer era braçal, e não conseguia avançar muito além daquilo. Em janeiro de 1988, fui gerenciar o Hospital Arquidiocesano, na cidade de Brusque, em Santa Catarina.

Como havia apenas mais duas enfermeiras lá, paralelamente à gerência, eu cuidava também de três setores na parte assistencial. Após três anos, ou seja, em janeiro de 1991, retornei ao Pequeno Príncipe, no qual permaneço até o momento.

Depois de longo período de prática, querendo atualizar meus saberes, voltei em 1997 à Universidade Católica do Paraná, a fim de fazer pós-graduação em enfermagem em emergência. Nesse curso, percebi que os tempos requerem mudanças mais rápidas e que, para estar à frente de pessoas, que precisam ser ‘instigadas’ a realizar novas buscas, e de instituições, que necessitam ser constantemente atualizadas, é imprescindível conquistar novos conhecimentos, para poder ser mais útil aos clientes e à categoria.

Com o desejo de me aprimorar para enfrentar os novos desafios e também o de servir como ‘motivadora’ para aqueles que me sucedem na profissão, em 2002, ingressei no Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, o qual muito tem me ajudado, não somente no sentido de alargar os horizontes do saber, mas também de confirmar a minha percepção sobre o papel do enfermeiro no cuidado contextual de saúde-doença.

Tal percepção leva-me a repensar, também, a maneira de ensinar cuidado, para que seja possível alcançar, com o trabalho diário dessa prática, não somente a eficiência, mas também a eficácia, a efetividade e a relevância que um trabalho profissional de qualidade pode oferecer àqueles que recebem os cuidados do ser enfermeiro.

Cada novo desenvolvimento das capacidades de uma pessoa aumenta nela o poder de existência, a própria participação na construção da sua identidade, afirma a segurança, permite apontar o novo, o desconhecido. O enfermeiro tem capacidade inata de cuidar e deve lutar para torná-la visível, pois, para ajudar os outros a readquirir o poder ser e o poder existir, ele mesmo precisa identificar aquilo de que é capaz, do que pode vir a ser capaz e como utiliza essas capacidades.

Collière (1999, p. 321) salienta com propriedade a questão da visibilidade profissional do enfermeiro, ao afirmar que:

[...] os cuidados de enfermagem não fazem sentido se não tomarmos consciência de que se inserem num contexto social. Seja pelas tecnologias utilizadas, pelo modo de hierarquização social que criam, as formas institucionais que instauram, a organização do trabalho que daí resulta, ou pelo alcance social do ato de cuidar, os cuidados de enfermagem têm uma vasta influência social, mesmo sem a tomada de consciência desta influência ou mesmo que seja apreendida só de maneira fugaz.

Assim, entendo que cabe aos enfermeiros, por meio do conhecimento, demonstrar a importância do trabalho de enfermagem, do processo de cuidar, desvelando as suas diferentes faces, influenciando o desenvolvimento de pessoas, permitindo a reflexão e a partilha, participando das modificações das relações sociais, questionando as orientações dadas aos cuidados de enfermagem, não apenas em relação à sua finalidade, mas em relação aos meios de atingir essa finalidade e as razões que os motivam.

Nesse sentido, exponho a interrogação que originou este estudo, a fim de esclarecer os objetivos e a questão que norteia a pesquisa.

3 A INTERROGAÇÃO INICIAL

3.1 QUESTÃO NORTEADORA

O cuidar faz parte da gênese do ser enfermeiro. Para a superação das dificuldades impostas pela doença, é necessário que haja concomitantemente o ato de cuidar. Esse cuidar é de forma integral, humanizada e profissional, isto é, pensando não somente na dor ou na doença de base, mas no indivíduo que agrega esse sofrimento ao seu próprio corpo, é cuidar das necessidades declaradas ou detectadas desse mesmo paciente.

Infelizmente, não é raro constatar, ainda hoje, tanto intra como extra-instituição, que, apesar da ampliação constante de conhecimentos e técnicas, ainda convive-se com pessoas que não conseguem distinguir o enfermeiro na equipe multiprofissional. Muitas vezes, pergunto-me: Se isso tem algo a ver com as raízes primeiras da enfermagem, com a forma como esse profissional se relaciona com o cliente e a equipe, ou ainda, com a maneira como ele próprio se percebe dentro da equipe de saúde.

Com base nessas indagações, que de longa data me acompanham, traço a questão norteadora deste estudo: “Qual a percepção da equipe de saúde sobre a (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro?”

3.2 OBJETIVOS

Para elucidar essa questão que o norteia, este estudo pauta-se nos seguintes objetivos:

- a) compreender a percepção da equipe de saúde sobre a (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro em unidades críticas pediátricas;
- b) delinear, a partir do apreendido, um modelo conceitual da percepção da equipe de saúde sobre a (in)visibilidade da prática de cuidar do ser

enfermeiro.

Cabe aqui esclarecer que para corresponder à sua proposta, este estudo divide-se ainda em três partes principais: a seção seguinte é dedicada a expor o referencial teórico pertinente; o item 5 é a trajetória metodológica do estudo, no qual são fornecidas maiores definições acerca da pesquisa, das informações coletadas e da análise dessas informações; o item 6 refere-se à visibilidade em si, traz a análise das descrições do sujeito, sob a perspectiva do que revelam os depoimentos, mostrando as categorias dela emergentes; a partir disso, o item 7 trata exclusivamente da compreensão da (in)visibilidade do ser enfermeiro na sua prática de cuidar; finalmente, o último item refere-se às considerações finais que afloraram deste estudo.

4 O DESVELAR DA LITERATURA E O REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O DIÁLOGO VIVIDO NO PROCESSO DE CUIDAR EM UNIDADES CRÍTICAS PEDIÁTRICAS

A enfermagem, ao longo do tempo acumulou conhecimentos e ganhou teorias próprias, enriqueceu-se com as outras ciências, e o profissional enfermeiro tornou-se o gerenciador do processo de cuidar. Isso lhe possibilitou:

[...] a proposição de ações de cuidar, que teriam como atributo a preservação e a potencialização dos sujeitos e suas distintas relações dentro dos esquemas de interação institucionalmente constituídos. Seria este, também, o espaço para uma nova postura profissional a ser consolidada no enfrentamento competente das diferentes e complexas redes de poder (IDE e DOMENICO, 2001, p. 158).

Assim, o enfermeiro, por meio do processo de cuidar, medeia também a representação de sua equipe, junto a outras equipes de cuidado, fazendo interface, inclusive, com os processos administrativos da instituição. Nesse sentido, o cuidado do profissional enfermeiro abrange, ainda, aqueles próprios do ambiente, dos colaboradores e dos instrumentos de trabalho que utiliza para prestar os cuidados específicos.

A gama de relações em que o enfermeiro atua vai desde a singularidade do cliente até as mais complicadas e amplas articulações com parentes, equipe multiprofissional e institucional. Os afazeres do enfermeiro permeiam os diferentes processos de cuidado, desde a entrada até a saída do cliente. Ele cuida do meio ambiente, da vida da pessoa e também dela própria, diante da morte.

Desse modo, a atividade cuidativa do enfermeiro exige habilidades com a comunicação nas suas variadas formas, como o toque, a percepção atenta e sensível, além do interesse pelo cliente, como formas de desvelar o saber que está posto para ajudar na satisfação de suas necessidades imediatas ou na prevenção de futuras complicações.

O ser humano, na teoria humanista de Paterson e Zderad (1979), é

focalizado como um ser que necessita de interação com o meio ambiente e com as outras pessoas – vive, portanto, em processo de relação constante e enfoca prioritariamente o diálogo. Tal relacionamento produz interdependência entre os seres humanos, que se estende do nascer ao morrer.

Para as autoras, “a enfermagem é uma experiência vivida entre os seres humanos. Está mergulhada no contexto humano. Por se tratar de uma resposta de alento a uma pessoa com necessidades, reflete todo o potencial humano e as limitações dos participantes” (Paterson e Zderad, 1979, p. 31). Essa relação com o ser enfermeiro vai além da técnica, ela baseia-se na consciência existencial que o enfermeiro tem de si e do outro. A teoria considera que a ciência da enfermagem é desenvolvida a partir das experiências vivenciadas pelo enfermeiro e pela pessoa que recebe o cuidado. É uma experiência de um verdadeiro partilhar, em que está envolvido o encontrar-se, o relacionar-se, o estar com, na procura conjunta do ‘bem-estar’ e do ‘estar-melhor’.

Damasceno (1997) diz ser indispensável que o enfermeiro forneça cuidados autênticos, baseados em pensamentos filosóficos claros, porque isso facilita a co-existência entre o enfermeiro e aquele de quem ele cuida.

Nesse sentido, Capalbo (1984), referindo-se à enfermagem, diz que a finalidade dela é o cuidado que deve ser prestado ao outro, em uma relação de preocupação autêntica, opondo-se, portanto, a todo tipo de acomodação, indiferença, distanciamento e descompromisso, no que tange às necessidades dos clientes.

Fazendo referência ao cuidado de enfermagem, e corroborando a idéia das autoras supracitadas, Simões e Sousa (1997, p. 53) comentam que: “O cuidar do sujeito, do ser aí, qualquer que sejam as nuances, é sua essência. Portanto, mesmo que queiramos ser indiferentes em nossas ações, o olhar atento para as nossas vivências profissionais evidenciam que o agir na enfermagem é singular, já que cada cliente cuidado também o é”.

Assim, o enfermeiro, em sua relação com o cliente, expressa e compartilha

conhecimento, habilidade técnica, sensibilidade, capacidade de escuta e empatia que ajudam o outro a crescer. O outro, em sua experiência genuína, acrescentará e compartilhará também seu ser, suas próprias experiências e características que auxiliarão no processo intersubjetivo que o cuidado envolve.

Ao prestar cuidado, o enfermeiro deve estar convencido de que o cuidado em si e sua forma de cuidar são fundamentais para que seja atendido às necessidades do cliente, no sentido de ele recuperar a saúde e aprender também a preservá-la. Para isso, é necessário o enfermeiro interagir com o cliente, observar suas atitudes e 'ler' as suas solicitações mais sutis, para que possa prestar o cuidado de forma correta e organizada, de modo que seu trabalho tenha significância e qualidade, na recuperação do cliente e diante da equipe com quem se relaciona, no cotidiano de cuidado.

O campo da competência da enfermagem situa-se na junção do todo que mobiliza as capacidades da vida, em relação com as incidências da doença. O processo de cuidar de enfermagem procede de um encontro entre duas ou mais pessoas, em que cada uma detém elementos do processo de cuidado. Esse processo, conforme Collière (1999, p. 293), "situa-se na encruzilhada de um sistema de troca, proveniente de origens diferentes e complementares, com vistas a conseguir determinar a natureza dos cuidados a proporcionar, a razão destes cuidados, os objetivos e os meios necessários para os atingir". A autora complementa essa idéia, afirmando que cuidar é um processo de descoberta, elucidação e ação entre parceiros sociais.

Este estudo deseja mostrar o enfermeiro atuando no processo de cuidar, no cenário de Unidades Críticas Pediátricas (UCP), entendendo que, em tais locais, a relação de cuidado e de interação do profissional enfermeiro com a criança e o adolescente, com seus significantes, com a própria equipe e com os demais profissionais da área de saúde acontece durante o período em que os enfermeiros desempenham as ações de cuidado. No cenário escolhido, os eventos relacionados aos clientes e à equipe acontecem muito próximo do olhar do enfermeiro, o que

pode facilitar sua projeção ou inexpressão no ambiente, dependendo de como ele 'dialoga' com os fenômenos.

O enfermeiro e a equipe de enfermagem precisam dirigir suas atenções para a criança e o adolescente, no sentido de minimizar os seus problemas e mitigar suas necessidades, ao executar o cuidado. Como esse cuidado está inserido em unidades críticas pediátricas, onde, de forma geral, o sofrimento e a complexidade das ações são mais visíveis, a relação intersubjetiva e dialogal do enfermeiro com a criança e o adolescente torna-se muito importante para promover o desabrochar do potencial humano do enfermeiro e ajudá-lo a vir a ser um indivíduo singular na sua relação com os outros.

É importante que o enfermeiro conheça sua clientela e com ela estabeleça não apenas uma relação sujeito-objeto, mas de pessoa para pessoa, com a finalidade de proporcionar a ela bem-estar. Desse modo, enquanto exerce suas funções de cuidador, o enfermeiro pode desenvolver satisfatória e eficazmente um diálogo genuíno com o ser cuidado, desde que ambos estejam abertos, receptivos e dispostos a tal fim. Em se tratando de crianças e mesmo de adolescentes, um trato gentil, carinhoso e sincero, por parte do enfermeiro, faz com que eles o percebam como 'diferente' na grande equipe que o rodeia.

Por isso, o cuidado oferecido necessita levar em conta a individualidade e a realidade vivencial de cada cliente e, no caso de crianças e adolescentes, a idade e o grau de dependência também, porque prestar cuidados não pode ser entendido apenas como usar técnicas, numa área corporal circunscrita, priorizando afecções e infecções, mas sim como um olhar mais profundo e abrangente, capaz de contemplar o outro na sua inteireza, detectando suas reais necessidades.

Nessa perspectiva, o entendimento de Waldow (1998, p. 7) sobre o cuidado é que ele "não pode se dar isoladamente, pois se trata de uma ação e de um processo interativo, que ocorre entre o ser que cuida e aquele que é cuidado, e se desenvolve através de condições tais como disponibilidade, confiança, receptividade, aceitação, promovendo o crescimento de ambos" (grifo do autor).

Já Mayeroff (1971, p. 24) enfatiza que “cuidar de outra pessoa, no sentido mais significativo, é ajudá-la a crescer e a se realizar”, o que implica co-participação do enfermeiro no mundo do cliente, mediante um diálogo vivo, mantido pelas inúmeras interações relacionais do cuidado.

Quando se trata de cuidar de crianças e adolescentes em unidades críticas, o envolvimento do enfermeiro com esses clientes torna-se exigente, principalmente, porque se pauta na observação acurada das necessidades nem sempre expressas, mas vivenciadas pelas crianças e pelos adolescentes, como a dor, o desconforto, o medo e a insegurança.

Atuar em unidades de terapia intensiva também se torna complicado para essa relação, porque, algumas vezes, as crianças e os adolescentes podem estar inconscientes ou com tubos orais, o que dificulta a troca na comunicação. Porém, a atenção, ajuda e o carinho do enfermeiro poderão romper essas barreiras e permitir prestar a criança e adolescente um cuidado rico em relações e empatia, pois, saber ‘escutar bem’ aquilo de que o cliente precisa é como responder às suas expectativas, ajudar a diminuir o sofrimento, acalmar a dor e gerar confiança.

No processo de cuidar, é importante que o enfermeiro se coloque em sintonia com os significantes da criança ou do adolescente, a fim de detectar formas de comunicação que ajudem a proporcionar o melhor cuidado, que a família conhece bem. A interação tem a finalidade de oferecer o melhor de si na relação cuidativa, uma vez que, geralmente, durante o percurso da doença, as crianças e os adolescentes, assim como suas famílias, ficam muito sensibilizados e sentindo-se desamparados, especialmente, quando não conhecem o processo de tratamento da doença em questão.

Assim, cabe ao enfermeiro, como elemento catalisador das ações de cuidado, utilizar, com o doente e com sua família, uma forma de comunicação descrita por Costenaro (2000, p. 44) como sendo “a mais clara e simples possível”. Tal forma de comunicação, aliada à capacidade e à sensibilidade demonstrada por enfermeiro e equipe de saúde, é, por vezes, mais valorizada pelo cliente do que a

falta de acomodação e até de medicamentos.

Cuidar, em qualquer local e situação, exige do profissional competência técnica, atenção, iniciativa, vontade para manter um diálogo, além de senso humanitário. Exige, ainda, capacidade de perceber uma grande variedade de questões e informações altamente específicas, as quais exigem que o enfermeiro trabalhe sobre si mesmo, para tornar-se, na equipe de saúde auto-realizado física, emocional e espiritualmente. Esses atributos são necessários para atender àqueles gravemente enfermos e comprometidos em termos de prognósticos, além de para dominar com *expertise* as modernas tecnologias, especialmente em momentos de alto grau de estresse de toda a equipe, tendo ainda em mente os dilemas éticos, que precisam ser considerados por todos.

A questão da visibilidade profissional, especialmente em unidades críticas, alia-se ao desempenho rápido, preciso, à capacidade de diálogo empático com o cliente e demais membros da equipe, no que tange à formação de um ambiente agradável, respeitoso e acolhedor para ambos.

Para Paterson e Zderad (1979), o enfermeiro torna-se uma espécie de 'diálogo humano', porque está em constante transação intersubjetiva, com todos os participantes de seu mundo de trabalho.

O momento do cuidado torna-se, então, segundo a teoria humanista, um tempo privilegiado, no qual o enfermeiro pode 'doar-se' para o cliente, ao mesmo tempo em que 'recebe' algo dele, num pacto mudo de comunicação intersubjetiva profunda.

Sobre isso, Paterson e Zderad (1979) salientam que as ações de enfermagem acontecem numa *relação compartilhada*, baseadas nas necessidades de *interação* e na *convivência* com os outros e com o ambiente de cuidado.

Ao selecionar existencialismo e fenomenologia como contexto e método para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, Paterson e Zderad, citadas por Meleis (1997), trabalham a partir de várias premissas. Meleis (1997) explicita que o progresso da enfermagem como ciência humana é dificultado por

métodos deterministas, mecanicistas e de causa e efeito, os quais o têm dominado. A autora acentua, ainda, que as teoristas definem enfermagem como um diálogo vivido, o qual incorpora uma relação intersubjetiva no encontro do enfermeiro com o cliente, equipe, família e instituição em que através da comunicação a experiência de um pode ser compartilhada com o outro. Todavia, para esse encontro ser verdadeiro, necessita ser influenciado por todos os seres humanos que participam desse momento. Ela estabelece as questões temporais e espaciais como importantes aspectos desse encontro, pois, quando há sincronicidade temporal, o diálogo intersubjetivo é facilmente alcançado, ocorrendo em um espaço que é objetivo, físico ou subjetivo e pessoal.

A partir dessas colocações, é possível estender a teoria humanista de Paterson e Zderad para o encontro do enfermeiro com a equipe de saúde, entendendo que todos os envolvidos no processo de cuidar devem ter como objetivo o bem-estar e o estar-bem do cliente. A teoria escolhida emerge de uma visão filosófica existencial, que tem a interação como conceito e o enfoque no encontro humano entre aquele que cuida e aquele que é cuidado.

Assim, percebo que a teoria humanista de Paterson e Zderad fornece o suporte teórico para desvelar a temática da (in)visibilidade profissional do enfermeiro cuidador, pois embasa seus pressupostos no diálogo, na conexão intersubjetiva dos envolvidos, aspectos que considero de extrema relevância para tornar o cuidado visibilizado pela equipe de saúde. Nesse sentido, pondero como necessário expor as idéias das teoristas escolhidas, para situar o problema da pesquisa em foco, tendo em vista as premissas defendidas pelas autoras.

4.2 TEORIA HUMANÍSTICA DE PATERSON E ZDERAD COMO SUPORTE TEÓRICO

Quando se pensa em empreender uma longa viagem, primeiramente, escolhe-se o caminho e, na seqüência, quem servirá como companheiro ou guia, a

fim de torná-la o mais agradável e proveitosa possível. Sabendo que o enfermeiro tem como prática central de seu dia-a-dia o cuidado, que precisa ser realizado de forma ampla e indiscriminada, envolvendo respeito, diálogo, escuta e inter-relação subjetiva, que desenvolva um encontro de harmonia e bem-estar com o cliente, escolhi as idéias de Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad (1979), para dar suporte a este caminhar dissertativo.

Barreto e Moreira (2001) dizem que, em 1960, as enfermeiras Paterson e Zderad iniciaram seus trabalhos voltados à construção da teoria humanista. Suas experiências na área da enfermagem clínica e psiquiátrica, baseadas na prática e na observação das vivências dos pacientes psiquiátricos, estudantes, enfermeiros e outros profissionais, trouxeram questionamentos e reflexões acerca do modo como eles todos interagem diante de situações de enfermagem. A partir de então, surgiu a teoria humanista, fundada na corrente existencialista, com enfoque fenomenológico e respeito aos princípios do relacionamento enfermeiro-cliente. Esse trabalho, por influência dos existencialistas, psicólogos, humanistas e fenomenologistas, enfatiza o significado da vida como ele é vivido, assim como o diálogo e a percepção.

Segundo Schneeberger (2003), o termo existencialismo designa a filosofia de pensadores que se preocupam com a existência finita do homem no mundo, descartando a imortalidade e a transcendência. Essa corrente rejeita o princípio cartesiano de que o homem existe porque pensa. Para ela, o homem pensa porque existe. Para o existencialismo, a consciência é parte da existência, que é construída com a vivência e o contato com outras pessoas e objetos. “O próprio ser cria essa existência em razão de seus sentimentos, desejos e ações. Ele se forma a partir de suas escolhas. Por isso os existencialistas prezam a liberdade e a responsabilidade e rejeitam o conformismo” (p. 148).

Para Antunes, Estanqueiro e Vidigal (2000, p. 69), o existencialismo é “uma corrente filosófica contemporânea, que coloca a existência acima da essência humana. O [seu] cerne é a liberdade. Cada homem é aquilo que faz de sua vida nos limites das determinações físicas, psicológicas ou sociais que pesam sobre ele”.

O relacionamento, sob a ótica do existencialismo, deve ser autêntico, isto é, cada sensação sentida por olhar, fala, toque, gera um significado único em cada interlocutor, que precisa ser compartilhado com o outro. Esse processo de conhecer suas respostas e aquelas dos outros é, portanto, um processo que durará a vida toda. A trajetória da teoria humanista, descrita por Karl (2002), surgiu em meados da década de 1970, quando vários psicólogos e psiquiatras discutiam os limites e as características do potencial da consciência humana. Essa é uma razão pela qual a teoria apresenta fortes traços do existencialismo humanístico e fenomenológico, cujos conceitos e pressupostos principais são as experiências conscientes, a interação dos seres humanos entre si e com o ambiente, a responsabilidade das escolhas, a *relação dialógica*, o *encontro genuíno* e a *presença ativa*. Salienta também esse autor que as teoristas receberam influência de pensadores como Edmund Husserl, Martin Buber, Gabriel Marcel e Nietzsche.

Buber (1977, p. LI) expõe o diálogo que ocorre entre um EU e um TU, como o fundamento da existência humana, pois, para ele, “é só no encontro dialógico que se revela a totalidade do homem”. Ainda nesse sentido, o autor continua afirmando que “no encontro dialógico acontece uma recíproca presentificação do EU e do TU” (p. LII). Para Buber, o critério de maior valor é a reciprocidade, ou seja o “encontro dialógico” a “relação inter-humana” que dá consistência aos seres em relação (p. LV).

Segundo Barreto e Moreira (2001), a teoria humanista tem, na sua criação, a intuição, na qual o ser humano é focalizado como um ser que precisa estar em constante interação com outras pessoas e com o meio onde está inserido. Ele utiliza o diálogo para manter suas relações dentro de uma comunidade.

As teoristas preocupam-se com o que existe de mais precioso na pessoa, que é sua humanidade, unicidade e genuinidade, levando o profissional a repensar o sentido da sua e de outras existências. A sua teoria evidencia que o homem é um ser inacabado e que, na sua singularidade, mostra-se aberto a novas possibilidades.

No dizer de Karl (2002), a ‘relação dialógica’ descrita na teoria é o que

fundamenta a existência humana, uma vez que o diálogo entre um EU e um TU, pensamento defendido também por Buber (1977), é a categoria existencial por excelência, especialmente, quando ajuda na compreensão da realidade, por meio da experiência vivida (ação) e da reflexão (pensamento).

O relacionamento dialógico permite, então, abertura para que os seres humanos experienciem o mundo e a si próprios de forma integral. Nessa ótica, o cuidado dar-se-á numa relação também dialógica, num processo de mútua correspondência, em que a escuta se torna fundamental e a resposta deve ser simultânea. Fica claro, uma vez mais, que a teoria humanista da enfermagem tem seu fundamento nas experiências vivenciadas, ou seja, no *conviver fenomenológico dos indivíduos*, e que o cuidado acontece numa relação compartilhada, na busca do significado do fenômeno cuidar, tanto pelo enfermeiro como pelo cliente e pela equipe, baseado nas necessidades de interação com os outros e com o meio em que o cuidado ocorre.

Na teoria de Paterson e Zderad (1979), o *encontro genuíno* é uma relação única entre dois seres humanos, que expressa totalidade e originalidade. Para que ele aconteça, é necessário que cada um esteja presente, por inteiro, com o outro, isto é, 'presença ativa', na qual a *abertura, receptividade e acessibilidade* precisam estar juntas, para que aconteça verdadeiramente o cuidado.

A *intersubjetividade* é entendida, por Paterson e Zderad, como a interação entre o ser enfermeiro e o cliente – e aqui acrescento a equipe, na qual todos estão envolvidos e participam da experiência do cuidar e ser cuidado, na qual se encontra o desejo de 'alimentar' de um e o desejo de 'ser alimentado' de outro.

Para Paterson e Zderad (1979), o encontro ocorre em um espaço vivido, o *ambiente*. Nesse ambiente, a *enfermagem* atua, recebendo influência das *pessoas* que desempenham diferentes papéis em busca da *saúde*, entendida como bem-estar e estar-melhor, como diálogo vivido, e influenciando-as.

No dizer das autoras da teoria humanista, o enfermeiro mantém com o outro não uma simples relação sujeito-objeto, tecnicamente competente, mas sim

uma relação intersubjetiva, baseada na consciência existencial que tem de si e do outro. Afirmam elas também que o espaço onde se encontra o doente é um local de transações intersubjetivas, onde há constante interdependência entre o enfermeiro e o cliente, a família e a equipe e destes com o enfermeiro. Tal contexto é propício para firmar relações e conquistar visibilidade.

A *relação dialógica* é entendida pelas autoras como um estar voltado para o outro, não só com o corpo, mas também com as emoções, na tentativa de compreender totalmente o outro. Essa compreensão ajudará na autenticidade do diálogo e da relação, na qual enfermeiro e cliente estão envolvidos.

Sousa e Padilha (2002, p. 20) enfatizam que “a relação dialógica recria o processo comunicacional entre o cliente e os trabalhadores de enfermagem durante o cuidado”. As autoras complementam essa idéia afirmando que,

[...] no momento em que o trabalhador de enfermagem pensa o processo comunicacional como instrumento de trabalho inserido entre ele e o cliente, percebe o quanto suas ações podem ser ampliadas e transforma o encontro para o cuidado de enfermagem numa oportunidade para o crescimento e emancipação dos envolvidos (p. 20).

Na prática, isso se torna um compromisso autêntico do enfermeiro com as pessoas, em suas relações de cuidado, em que o diálogo, associado aos seus conhecimentos profissionais, faz da experiência pessoal da relação com o outro o objeto da relação dialógica.

Na trajetória do desenvolvimento, o ser humano sofre o processo de um constante vir a ser. Ele vai crescendo e se modificando, gerando novas formas de relação no cuidado, tanto de si quanto do outro. Deve existir, portanto, uma interconexão entre quem cuida e quem é cuidado, a fim de proporcionar a ambos bem-estar e harmonia.

É válido observar a forma como Paterson e Zderad (1979) propõem o processo de enfermagem, ou seja, como metodologia de cuidar que leva em conta a abordagem fenomenológica para apreender, compreender e descrever as situações vividas entre enfermeiro, cliente e equipe. A partir dos princípios do existencialismo,

elas estabelecem cinco etapas a serem percorridas nesse encontro genuíno de intersubjetividades: a preparação para vir a conhecer; conhecendo o outro intuitivamente; conhecendo o outro cientificamente; fazendo uma síntese complementar do conhecimento do outro; e a sucessão do 'nós' à unidade paradóxica como processo interno.

Considero importante citar essas etapas, pois, ao realizar o cuidado de forma sistemática para alcançar resultados qualitativos, o enfermeiro está aberto ao diálogo, não aquele da fala verbal, mas o diálogo de relações com cliente e equipe, o qual envolve o encontro de ambivalências, autoconhecimento, reflexão dos preceitos e valores. À medida que o enfermeiro se conhece, ele tem condições de conhecer o outro (cliente, equipe), distanciando-se de preconceitos, juízos antecipados, expectativas para ver o outro como ser singular, porque amplia sua visão do fenômeno observado e vivenciado.

Na contínua relação do enfermeiro com o cliente e com a equipe, é necessário que ele cultive a gentileza, a empatia, o respeito, o interesse e o amor pelos outros, e isso implica sair de si, direcionando-se ao outro, com a finalidade de ajudá-lo. À medida que os profissionais desenvolvem essas 'qualidades', eles adquirem maiores e melhores condições de ajudar tanto as crianças e os adolescentes doentes como sua família a superar as crises impostas no processo saúde-doença, como também de possibilitar maior visibilidade do próprio trabalho perante a equipe.

A sintonia constante e viva com os sentimentos do cliente e da equipe solidifica a relação dialógica entre ambos, especialmente, em se tratando de unidades críticas pediátricas, onde muitos sentimentos de sucessos e insucessos, vida e morte misturam-se ao longo do dia, permeando as horas de trabalho dos profissionais.

O enfermeiro, em suas relações com os clientes, precisa lembrar que seus estado de saúde demandam necessidades que, muitas vezes, podem ser supridas apenas pelo enfermeiro. As necessidades de alimentação, líquida ou sólida,

eliminação, ventilação, exercícios para ativação muscular e de sentir-se integrado ao ambiente são exemplos que perpassam pelo fazer do enfermeiro e da equipe, são objetivas, visíveis, são necessidades que, se não realizadas, são prontamente detectadas. Todavia, há aquelas que não são visíveis, seja pelo estado de doença ou pelo estágio de vida em que se encontra a criança ou o adolescente. A teoria humanista aponta, assim, para o senso de humanidade e interação entre enfermeiro e cliente, como fator para suprir suas necessidades e valorizá-los como pessoa.

A teoria humanista leva também à reflexão de que o cuidar em enfermagem é mais abrangente do que se imagina, enquanto as mãos competentes desenvolvem a técnica. Zagonel (1996, p. 77) diz que “o cuidado pressupõe a individualidade, é uma transação de pessoa a pessoa, onde o enfermeiro não atua no cliente, mas atua com o cliente, ambos num processo contínuo de interação”.

Paganini (1998, p. 40-41), comentando as transações de cuidado, diz “que são comportamentos e respostas de dar e receber de forma científica, profissional, ética e ainda estética, criativa e personalizada entre duas pessoas. Permitem o contato com o mundo subjetivo da experiência profissional”.

Comentando ainda a relação que existe entre o profissional de enfermagem e o cliente, Tanji (2000, p. 17) afirma que o enfermeiro, “ao entrar no espaço de vida ou no campo fenomenológico da outra pessoa, é capaz de detectar nela condições de ser e sentir estas situações dentro de si [...] e de responder a elas, de modo que o paciente tenha uma compreensão dos seus sentimentos e pensamentos subjetivos. Há um fluir intersubjetivo [do enfermeiro] e do paciente”.

Vianna (2001, p. 26) expressa que, por meio das ações de cuidado, a enfermagem “auxilia o cliente a adquirir maior autoconhecimento, autocontrole e até aumentar a capacidade de autocura, independentemente das condições de saúde. A relação entre ser cuidador e ser cuidado é centrada em ambos, pois são vistos como co-participantes do processo de cuidado”.

Na visão de Paterson e Zderad (1979), o enfermeiro, enquanto verifica os sinais vitais do paciente, pode, além de realizar contato físico, mostrar-se

interessado pela pessoa que está diante dele, mantendo com ela uma relação de profundo diálogo, que muito pode contribuir para a recuperação daquela pessoa, seja ela adulto, criança ou adolescente. Nesse encontro intersubjetivo, um ajuda o outro a ser mais e melhor.

É importante que, em nenhum momento em que o enfermeiro esteja em relação com o cliente, especialmente crianças e adolescentes em unidades críticas ou com a equipe, ele haja como se esse outro fosse algo estático e neutro. A teoria, portanto, leva o enfermeiro a se conscientizar de o quanto ele se relaciona com o cliente e vice-versa.

As teoristas enfatizam, ainda, que a constante relação enfermeiro-cliente-equipe auxilia a aprender novas experiências, que podem transformar interiormente a forma de olhar a vida, o mundo e as pessoas em convívio. Nesse sentido, o enfermeiro detecta as mais variadas formas de se relacionar com clientes e equipe, incluindo as táteis, verbais, não verbais, visuais e auditivas. A 'perícia' do enfermeiro em descobri-las fará com que ele cuide com maior atenção, qualidade e empatia.

A teoria humanista de Paterson e Zderad (1979) evoca o pensamento existencialista numa visão de saúde holística, pois considera o ser humano alguém singular, dotado de autopercepção, liberdade, responsabilidade, que busca encontrar sua própria identidade nesse contato consigo e com os demais.

Buber (1977) corrobora o pensamento das autoras, quando reforça que as outras pessoas são indispensáveis para a realização pessoal do ser humano.

Ao discorrer sobre o pensamento de Paterson e Zderad, percebo a possibilidade de transpor suas idéias para o contexto da (in)visibilidade profissional do enfermeiro cuidador, pois a relação intersubjetiva, o encontro genuíno e o diálogo vivido são dimensões essenciais que devem permear o existir do ser enfermeiro.

A visibilidade do enfermeiro está diretamente relacionada ao comportamento entre as pessoas e ao convívio compartilhado, os quais, aliados ao conhecimento científico e tecnológico, resultam no cuidado sensível e humano. Esse cuidado extrapola as ações particularizadas, estende-se ao cliente como ligação

entre saberes e fazeres de vários profissionais, os quais desempenham, no seu limiar de atuação, ações que contribuem, quando somadas, para o bem-estar do cliente.

Acredito, por isso, que a teoria humanista de enfermagem, que trata dos relacionamentos intersubjetivos com o cliente e também com a equipe, ajusta-se ao que penso ser a base para o cuidado em enfermagem, especialmente com a criança e o adolescente, respaldando a visibilidade do ser enfermeiro, nas questões de cuidar. Essa teoria valoriza o ser humano na sua individualidade e singularidade, enfatizando a vida e como ela é vivida, primando pelo diálogo e pela interação efetiva entre os seres humanos, objetivando conseguir o 'bem-estar e o estar-melhor', tanto do cliente como da equipe.

A partir do delineamento da questão norteadora e do referencial teórico que sustenta este estudo, na sequência, exponho a trajetória metodológica, por meio da qual apreendo o significado, o sentido da vivência expressa pelos integrantes da equipe de saúde a respeito da (in)visibilidade da prática de cuidados do enfermeiro em unidades críticas pediátricas.

5 A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 A ESCOLHA DO CAMINHO

Para desenvolver este trabalho, optou-se pela abordagem fenomenológica, à luz do referencial de Paterson e Zderad (1979), e utilizou-se para a coleta de dados a entrevista semi-estruturada e para a compreensão dos discursos a análise fenomenológica proposta por Giorgi (1985).

A escolha pela fenomenologia deu-se por ela ser uma metodologia congruente com a teoria de Paterson e Zderad, pois possibilita ao enfermeiro conhecer o outro por reflexão, desvelamento e compreensão, ou seja, ver o outro pelos olhos do sujeito interrogado, detectando as similaridades e diferenças da vivência do diálogo do cuidado.

Conforme Turato (2003, p. 204), o termo fenomenologia “foi criado por Lambert, no século XVIII para designar o estudo descritivo do fenômeno como se apresenta à nossa experiência”, a partir daí, criou-se uma corrente filosófica.

Para Dartigues (1992), a fenomenologia, como tipo de pesquisa qualitativa, surgiu por meio do filósofo tcheco erradicado na Alemanha Edmund Husserl, no início do século XX, sendo chamada de movimento fenomenológico. Etimologicamente, a palavra fenomenologia deriva das expressões gregas *phainomenon* (fenômeno), aquilo que se mostra por si mesmo, o que está manifesto, e *logos*, que significa estudo, esclarecimento.

Para Turato (2003, p. 206), *phainomenon* “deriva do verbo *phainesthai*, que quer dizer ‘mostrar-se’ e, assim, fenômeno refere-se ‘ao que se mostra, o que se revela’”. O mesmo autor diz que, para Heidegger, *phainesthai* significa “trazer para a luz do dia, pôr a claro”, isto é, refere-se ao “meio em que alguma coisa pode vir a se revelar e a se tornar visível em si mesma”. O fenômeno é entendido, então, como “aquilo que se faz ver assim como”. A partir de tal explicação, o domínio da fenomenologia ganhou proporções ilimitadas de uso. Trata-se de um modo de

filosofar, de examinar e questionar o fenômeno, a fim de perceber suas essências.

Bicudo (1994, p. 15) descreve a fenomenologia como um “movimento cujo objetivo precípua é a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados conscientemente, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e preconceitos”.

Crossetti (1997) confirma o pensamento de Bicudo, ao escrever que a fenomenologia propõe a investigação do que é vivido, descrevendo os fenômenos como eles são sentidos, despojados de todo tipo de conceitos e teorias a seu respeito, permitindo, portanto, interpretação e compreensão mais verdadeiras do fenômeno.

A fenomenologia é, então, um modo de pensar a realidade, que envolve a percepção do fenômeno, o qual, para ser percebido, precisa ser olhado, de modo que o que está invisível torna-se, de certa forma, visível. Isso exige, conforme salienta Bicudo (1994, p. 18), “um ver e uma consciência atenta que o veja. É o ir às-coisas-mesmas”, como forma de colocar um fenômeno em evidência, descrevendo a seguir tudo quanto foi visto e considerado essencial a ele. Dessa forma, a subjetividade não é evitada nessa modalidade de pesquisa, porque se subentende que o que atualmente é objetivo foi anteriormente subjetivo. Os dados são, portanto, as situações experienciadas pelos sujeitos e descritas por eles.

Corrêa (1997), citando Omery, ressalta que, na pesquisa, muitos enfermeiros perceberam que os métodos científicos reduziam os seres humanos a unidades quantitativas pequenas demais para serem estudadas, não dando pistas de como elas poderiam ser combinadas num conjunto harmônico e dinâmico, como é o ser humano vivo com o qual o enfermeiro interage diariamente em sua prática.

Segundo Zagonel (1999), a fenomenologia tem causado profundo impacto e interesse entre os enfermeiros que buscam, em suas pesquisas, desvendar a natureza do ‘ser-no-mundo’, uma vez que ela se mostra útil para buscar tal sentido, porque permite trazer o ser à luz, sem risco de aprisioná-lo num método exclusivista, reducionista, lógico e categórico. A fenomenologia, como método para estudar a

experiência humana como ela é vivida, incluindo a descrição feita pelos próprios indivíduos é relevante e necessária para a enfermagem, porque fornece um entendimento mais preciso das experiências humanas e, concomitantemente, a melhor compreensão dessa natureza, levando o enfermeiro a inovar seu cuidado no sentido de interagir melhor efetiva e afetivamente com seus clientes e sua equipe, enquanto presta cuidados.

Martins e Bicudo (1994) dizem que, na pesquisa fenomenológica, o pesquisador não considera inicialmente princípios explicativos, teorias ou qualquer indicação que defina o fenômeno. Por isso, ele precisa começar seu trabalho fazendo interrogações ao fenômeno, a fim de que tal fenômeno se deixe revelar. Nessa modalidade, a situação de pesquisa geralmente não é definida pelo pesquisador, mas sim pelos sujeitos que são pesquisados.

Além disso, esse tipo de pesquisa está voltado para os significados, ou seja, para as expressões que iluminem as percepções que os sujeitos têm do fenômeno que está sendo analisado. Então, na fenomenologia, o pesquisador valoriza a visão que o sujeito tem daquilo que é, no momento, o objeto da pesquisa. Por isso, seu alvo torna-se a compreensão dos significados que são ou estão sendo atribuídos aos fenômenos.

Acerca disso, Moreira (2002) diz que a fenomenologia parte da experiência, do que é vivido, sentido ou percebido pelo sujeito e usa os dados da intuição, por considerar que eles são verdadeiros e devem ser aceitos como se apresentam. No pensamento do mesmo autor, ela é uma ciência de essências, porque, quando um fato apresenta-se à consciência, juntamente com ele, capta-se uma essência. O conhecimento advindo das essências é intuição, porém, intuição diferente daquela que autoriza a captar fatos singulares. Essas essências são vistas como os conceitos, que capacitam a classificar os fatos.

Moreira (2002) afirma, ainda, que a fenomenologia usa a intencionalidade, isto é, direciona a consciência para o alvo ou algo que se deseja desvelar, conhecer ou compreender. Por isso, a consciência intencional é a consciência que se tem de

algo.

A atitude fenomenológica, segundo Husserl, citado por Moreira (2002, p. 85), “não nega o mundo, apenas não se preocupa com o que seja real. Ela tem como tarefa analisar as vivências intencionais da consciência, para aí perceber o sentido dos fenômenos”. Ela preocupa-se em mostrar e descrever o fenômeno e não em demonstrá-lo.

A compreensão fenomenológica, para Moreira (2002), não pode prescindir das evidências, entendidas aqui como um saber certo e indubitável, uma vez que a presença delas é reconhecida como critério de verdade e certeza. Essa compreensão exige a redução fenomenológica ou transcendental, conhecida como *epoché*, que é o método básico de investigação fenomenológica, desenvolvido por Husserl, no qual o investigador coloca suas idéias e crenças ‘em suspensão’, a fim de examinar os dados do fenômeno tais quais se apresentam, isto é, livres de qualquer interpretação preconcebida pelo pesquisador. Fala-se, ainda, em redução eidética, na qual se procura depurar o fenômeno de tudo quanto não seja essencial, justamente para se atingir as suas essências. Segundo o mesmo autor, Husserl usa o termo ‘noema’ para o ato do conhecimento e ‘noese’ para o conteúdo de tal conhecimento.

Para conseguir o conhecimento de um fenômeno, o pesquisador deve aprender ou reaprender a pensar, além disso, ele próprio pode, conforme Dartigues (1992) ‘descobrir caminhos’ que poderão ser diferentes dos até então trilhados, mas nos quais o pensamento tenha condições de responder ao que merece ser pensado.

Com o método fenomenológico, o pesquisador tenta descrever o que está posto à sua frente, o que recebe por experiência, sem pré-concepções ou especulações. Ele tenta ver ‘a coisa em si’, isto é, descrever as apresentações, livre das formulações preconcebidas a respeito do fenômeno, a fim de compreendê-lo, apreendê-lo e entender sua origem e direção. Ver o fenômeno em sua inteira realidade requer do pesquisador atitude de abertura e disposição para ver, ouvir e perceber as mensagens que estão associadas ao fenômeno.

Arruda (1999, p. 156) diz que a fenomenologia “valoriza a imersão no cotidiano e familiaridade com as coisas tangíveis que velam os fenômenos”. Ela busca desvelar o fenômeno, indo além das aparências, visando a compreender a sua essência.

A capacidade de observar, deduzir, apreender constitui a base indispensável para o trabalho da compreensão. É no relacionamento do enfermeiro com o cliente e a equipe que se manifesta a apreensão da realidade. O método fenomenológico, para Augras (1996), atende aos requisitos que postulam, de um lado, o reconhecimento da intersubjetividade e, de outro, os meios para elaborar uma compreensão objetiva. Ele enfatiza, ainda, que a compreensão do sujeito não é abrangente e objetiva, pois o método afirma que toda compreensão é necessariamente limitada. Por isso, fala-se em compreensão de uma situação, num evento historicamente definido. O método fenomenológico propõe caminhos para a compreensão do próprio fenômeno.

Augras (1996, p. 23), ao citar Heidegger, salienta que “o sentido metodológico da descrição fenomenológica é a explicitação [...]”. A fenomenologia da existência é hermenêutica no sentido próprio da palavra, isto é, que visa tudo aquilo que diz respeito à explicitação”. Nesse sentido, a compreensão do fenômeno da (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro apresenta-se como explicitação da situação existencial e será mais fidedigna quanto mais abrangente. A fala dos sujeitos é a manifestação de sua realidade e, por meio dela, serão iluminadas as suas vivências.

O método fenomenológico tem como finalidade investigar e descrever o fenômeno, do jeito que ele aparece, na sua total amplitude e profundidade. Ele não é nem dedutivo e nem indutivo, somente mostra e esclarece o que é dado, que pode gradualmente ser aprofundado, dependendo da intuição intelectual do que é pesquisado e do pesquisador. Esse método, portanto, deixa transparecer as incertezas e inquietações existentes, sempre com a possibilidade de não atingir a plenitude da descoberta.

Assim, a análise fenomenológica não fecha todas as possibilidades de apreensão do fenômeno, por que ele está em movimento e pode ser visto de outras formas e profundidades, em outros momentos e contextos. Sempre haverá, então, um ponto a ser ainda desvelado e um espaço aberto para o desvelar-se. A fenomenologia é proposta como uma forma de ater-se à realidade. Ela não delineia um caminho a ser seguido, mas o forja, à medida que se transita nele. Para esse método, vale dizer que 'o caminho se faz caminhando'.

5.2 O CONTEXTO DE PESQUISA

Para Turato (2003, p. 322), o campo ou contexto em pesquisa é o “espaço físico onde o pesquisador julga serem regularmente encontradas, como sendo seu ambiente natural, as pessoas que poderão falar com autoridade sobre o tema definido em seu projeto de pesquisa e onde poderá inter-relacionar-se com elas com o alvo de ouvir um discurso pertinente e observá-las em sua postura”.

Minayo (2004, p. 105) entende por campo na pesquisa qualitativa “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação”.

O acesso ao campo é uma questão muito importante na pesquisa qualitativa. O pesquisador e a sua competência comunicativa constituem o principal instrumento de coleta de dados e de cognição, do campo e em seus contatos com as pessoas a serem entrevistadas. O pesquisador desempenha diferentes papéis e posturas que devem ser apropriadas de acordo com as informações que está buscando, a fim de obter a fusão completa com o objeto de pesquisa.

Para Flick (2004), negociar a entrada em uma instituição é uma questão de estabelecer relações. Nessa relação, deve-se desenvolver confiança suficiente no pesquisador como pessoa e em sua solicitação.

Minayo (2004) salienta que, como a pesquisa é realizada com pessoas, é importante que haja entre pesquisador e atores uma relação de intersubjetividade

que possibilite a interação entre ambos, que é elemento essencial para o êxito da pesquisa. Ainda sobre esse assunto, Cruz Neto (2002) destaca que os sujeitos da pesquisa devem ser esclarecidos sobre a proposta de estudo e as possíveis repercussões advindas da investigação. Como a obtenção dos dados é feita de forma espontânea, é primordial que a relação entre o pesquisador e os pesquisados seja baseada no diálogo e na compreensão, a fim de obter a necessária colaboração dos envolvidos. Ao entrar no campo, o pesquisador não deve esquecer o objetivo de sua pesquisa nem esperar que os resultados dela necessariamente confirmem suas hipóteses iniciais. Ele deve, antes, estar aberto a receber o que os sujeitos lhe entregam em suas falas, para confirmar caminhos previamente traçados ou abrir possibilidades novas de visualizar velhos caminhos.

O local escolhido para a realização deste trabalho foi o Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba, que, juntamente, com o Hospital de Crianças César Pernetta, é considerado um hospital de referência no tratamento de crianças e adolescentes de zero a 18 anos. Esse hospital vem buscando sua visibilidade, nas ações humanizadas de saúde, no cuidado solidário e também na maior participação dos pais e significantes no cuidado das crianças, dentro e fora das unidades críticas.

Em minha vivência hospitalar, sempre percebi que os enfermeiros especialmente das unidades críticas, são os que mais se dedicam à criança, à família e à equipe multiprofissional. Ficam além de seus horários para que tudo seja anotado e passado para a equipe seguinte. Muitas vezes, são contatados em suas casas para esclarecerem algo que ficou meio obscuro na passagem de plantão. Contudo, mesmo com tanto desgaste físico e emocional, seu trabalho geralmente não tem o reconhecimento devido. São imprescindíveis, mas ainda pouco visíveis.

Essa foi uma das razões de escolher as unidades críticas pediátricas, uma vez que nesses locais o enfermeiro é responsável por uma extensa gama de atividades cuidativas de alta complexidade e responsabilidade, que de *per si* o fazem estar muito em contato com a toda equipe, com as famílias e especialmente com as crianças e os adolescentes.

A escolha teve ainda como base a proximidade que tenho com a equipe, uma vez que trabalho na instituição há treze anos e meio, como diretora de enfermagem. Outro ponto importante e facilitador para essa escolha foi o fato de o hospital contar com quatro unidades de terapia intensiva (UTIs), neste trabalho, também chamadas de unidades críticas pediátricas (UCPs). Em cada uma delas, atua um enfermeiro chefe e outro assistencial em cada turno. Em todas as UCPs, cada profissional de nível médio cuida de dois clientes, com exceção do que ocorre em algumas salas dessas unidades, que foram desenvolvidas para auxiliar a criança na recuperação de seu peso. Nelas, um técnico ou auxiliar cuida de quatro crianças, com a ajuda dos pais, por meio do Programa Família Participante, que permite sua presença em todas as UCPs, nas 24 horas do dia.

O Hospital Pequeno Príncipe foi inaugurado em 1971, com o objetivo de servir de apoio financeiro ao primeiro Hospital Infantil do Paraná, denominado Hospital de Crianças César Pernetta, mantido até o final da década de 1980 pelo Estado. Todavia, naquela época, muitas instituições estaduais sofriam restrições e carências, porque as estratégias governamentais tornavam-se onerosas ou porque os recursos eram colocados em outras prioridades, que não a saúde. Hoje, esse hospital faz parte do Hospital Pequeno Príncipe e abriga todo seu setor administrativo. As instituições são mantidas pela Associação Hospitalar de Proteção à Infância Dr. Raul Carneiro, nome dado em homenagem ao jovem médico pediatra, muito dedicado, competente e gentil, que foi vítima de acidente fatal, em viagem de lazer, quando exercia suas atividades nessa instituição.

Aos poucos, o Hospital Pequeno Príncipe investiu na ampliação do espaço e de leitos, até atingir a estrutura atual de cinco andares e 340 leitos para crianças e adolescentes, atendendo a todas as especialidades, exceto casos de grandes queimaduras e politraumatismos. É referência para o Sistema Único de Saúde (SUS) em pediatria clínica, cirúrgica, hemato-oncologia, nefrologia, ortopedia, neurologia, otorrinolaringologia, pneumologia, ginecologia infantil e transplante hepático, renal e cardíaco.

Interna atualmente 1.800 crianças e adolescentes por mês e realiza, em seus ambulatorios, cerca de 13.000 consultas mensais. Tem oito salas cirúrgicas, realizando, em média, 950 cirurgias mensais.

Para atender a toda a demanda das UCPs e mais 15 unidades de internação, o hospital conta com 1.250 funcionários colaboradores, sendo 525 da enfermagem. Em todas as unidades de internação, centro cirúrgico e central de materiais, os enfermeiros trabalham oito horas diariamente. No hospital, esse tipo de horário é oferecido ao profissional que ocupa cargo de confiança, sendo seus horários de entrada e saída flexíveis, os quais são respeitados, para a qualidade do cuidado não sofrer nenhum tipo de prejuízo.

O hospital tem 50 enfermeiros, 56 técnicos e 430 auxiliares. Cada unidade de terapia intensiva tem, além da chefia, que trabalha oito horas, mais quatro enfermeiros, ou seja, um por turno. Os técnicos e auxiliares cuidam de dois leitos cada um, em todos os turnos e em todas as unidades críticas. Nesses locais, o nível de exigência é cada vez maior e, dessa forma, os desafios pela manutenção da vida com qualidade são constantes. Tanto o enfermeiro quanto sua equipe trabalham, muitas vezes, sob pressão, pela complexidade do cuidado, pela instabilidade da família em transição ou da própria criança, que está vivenciando uma situação atípica, o que os torna por vezes pouco críticos de si, da equipe, assim como do resultado do trabalho por eles desempenhado.

Uma das unidades selecionadas para este estudo foi a Unidade Crítica Pediátrica, que é a mais antiga de todas, conhecida na instituição como UTI geral, local de internação tanto de crianças quanto de adolescentes, com doenças clínicas ou cirúrgicas. Localiza-se no primeiro andar e conta com 12 leitos para casos de risco de vida, distribuídos em seis boxes, um isolamento e cinco leitos num único ambiente.

Outra unidade estudada foi a UCP neonatal, a segunda mais antiga, localizada no segundo andar, que conta com 12 leitos de alta complexidade e oito de baixo e médio riscos de vida. As crianças mais graves ficam em três salas, onde se

distribuem os leitos, e, em outros dois locais, com quatro leitos cada um, ficam as crianças que exigem cuidados intermediários. Essa UCP recebe apenas crianças que tenham até 30 dias de vida. Com raras exceções, aceita-se cuidar de crianças com até 60 dias.

A terceira UCP foi a cardíaca, localizada no primeiro andar do Hospital César Pernetta, o qual está ligado ao segundo andar do Hospital Pequeno Príncipe por uma passarela que termina próximo ao setor de enfermarias da unidade de cardiologia, no qual também se encontra a citada UCP, que tem 21 leitos no total. Doze leitos são para alta complexidade, distribuídos em três ambientes relativamente grandes, dois dos quais são boxes fechados, por serem considerados locais de isolamento, e nove são de médio risco, sendo quatro para cateterismo cardíaco e cinco para casos cardíacos clínicos de crianças de até três meses de idade.

A quarta UCP em ordem de criação é chamada cirúrgica e localiza-se no terceiro andar do Pequeno Príncipe. Ela recebe crianças e adolescentes que foram submetidos a cirurgias complexas. Tem dez leitos para alta complexidade e atende atualmente os casos de transplantes renais e hepáticos, em quatro boxes separados para tal fim. Os demais casos são atendidos em duas salas com quatro e dois leitos, respectivamente.

As unidades críticas totalizam, no hospital, 46 leitos de risco e 17 de médio risco.

Após a descrição do contexto de realização do estudo, passo a expor os sujeitos que compõem a amostra.

5.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO

Como dito, o estudo tem como objetivos compreender a percepção da equipe de saúde sobre a (in)visibilidade do profissional enfermeiro em unidades críticas pediátricas, no que tange a sua prática de cuidado, e delinear, a partir do

que for apreendido, um modelo conceitual da percepção da equipe de saúde sobre a (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro.

Para tanto, optou-se pela equipe de saúde, entendida, neste trabalho, como: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem e auxiliares de higienização, que atuam diretamente nas unidades críticas. Nesse espaço, geralmente restrito, há maior solicitação do profissional enfermeiro, resultando no mostrar-se por meio de sua autonomia, competência, qualidades, defeitos, bem como por suas formas de relacionamento e cuidado. Esse contexto possibilita, no meu entender, evidenciar a (in)visibilidade do ser enfermeiro.

Mesmo que o trabalho verse sobre a compreensão da percepção da (in)visibilidade do ser enfermeiro em sua prática de cuidado, pela equipe de saúde, foi incluído também o discurso do próprio enfermeiro, não só por considerá-lo membro da equipe, mas por acreditar que esse profissional, ao analisar o trabalho de seu colega, reflita sobre o seu próprio desempenho como profissional. Foram escolhidos enfermeiros de todas as UCPs, por representarem situações diferentes de atendimento e atuação, geradas pelas características próprias de cada unidade.

A pesquisa foi desenvolvida com profissionais médicos de cada UCP, com a finalidade de aprofundar a compreensão desejada, por entender que, pela proximidade de trabalho, eles têm condições de fazer uma análise reflexiva sobre a (in)visibilidade da prática de cuidar do profissional enfermeiro.

Compõem, ainda, os sujeitos significativos da pesquisa, os fisioterapeutas, que colaboram nas unidades críticas pediátrica e neonatal, com maior tempo de serviço; os psicólogos, que prestam assistência nas UCPs cardiológica e cirúrgica, pelo fato de serem fixos e estarem há mais tempo no hospital; os profissionais de enfermagem, de nível médio (técnico ou auxiliar); além daqueles profissionais de higienização, que trabalham exclusivamente dentro de duas UCPs, pela proximidade que têm do profissional enfermeiro.

Dos sete enfermeiros desses setores, que foram colaboradores da pesquisa, dois ocupam o cargo de chefia, dois têm entre 23 e 28 anos e os demais,

entre 30 e 38 anos; três estão na instituição há um ano, um está há dois, um há oito e dois, há 13 anos. Deles, quatro têm outro emprego, quatro são casados e dois dos casados não têm filhos. O nível de conhecimento prático na profissão é igual ao tempo de permanência do ser enfermeiro nessa instituição, com exceção de um deles, que conta com uma experiência de dois anos em outra instituição. Dos entrevistados, dois têm pós-graduação (especialização) e cinco não, porém, quatro estão em busca disso e um diz não ter condições de fazê-lo. No grupo pesquisado, apenas um dos colaboradores é masculino. Em todas as unidades, o enfermeiro exerce a função de chefia, quer seja ligada à administração dos serviços e pessoas ou ao cuidado propriamente dito. Os enfermeiros têm ampla liberdade de ação em suas unidades, embasados nos protocolos, nos manuais de enfermagem e nas orientações trabalhistas de recursos humanos.

Os médicos entrevistados foram quatro, dois homens e duas mulheres. Dois são chefes de unidades críticas e dois não. Dois são casados e têm filhos e dois são solteiros. Os quatro têm entre 35 e 48 anos, com tempo de instituição superior a dez anos. Todos atendem em consultórios próprios, além de dar plantão de duas a quatro horas em outros hospitais.

Entrevistaram-se duas psicólogas que estão há mais de oito anos no hospital. Uma delas está na UCP há mais de seis anos e a outra, há mais de três anos. Ambas são casadas e têm filhos. Suas idades são 31 e 36 anos e elas não exercem função de coordenação.

Os fisioterapeutas foram um homem e uma mulher, ambos casados. Eles trabalham há mais de 12 anos na instituição, sendo que, nas UCPs, um está há 11 e o outro há nove anos. Eles fazem trabalho autônomo e também têm seus próprios consultórios, onde atuam nos horários em que não estão envolvidos com os clientes do hospital. Quando necessário, fazem mais de duas visitas por dia à unidade.

Os técnicos e os auxiliares de enfermagem entrevistados foram dois, do sexo feminino, por ser esse o gênero que mais atua naquelas unidades. Ambas têm mais de quatro anos de trabalho na instituição. São solteiras, com 22 e 25 anos.

Uma delas é acadêmica de enfermagem.

Os sujeitos colaboradores da área de higienização foram duas mulheres, casadas, com filhos, uma com o ensino fundamental e outra com o ensino médio concluído. Uma delas está cursando auxiliar de enfermagem e a outra não deseja mais estudar. Uma está há três anos no hospital, dois e meio deles na UCP, e a outra está há quatro, sendo três na UCP.

O número total de participantes do estudo é 19 sujeitos, amostra que se limitou pela qualidade das informações apreendidas dos entrevistados, isto é, à medida que as informações colhidas eram reforçadas e conseqüentemente saturadas, o pesquisador já não mais necessitava de novas indagações para o desvelamento da questão norteadora.

Esse dado, porém, não pode ser definido *a priori*, como ressalta Turato (2003, p. 359), ao escrever que “antes da entrada em campo, ou mesmo já no iniciar da coleta dos dados, um pesquisador clínico-qualitativo não poderá dizer quantos indivíduos entrevistará”.

5.4 O ENCONTRO PARA APREENSÃO DOS DEPOIMENTOS

Visando ao alcance do objetivo deste estudo, selecionou-se para a coleta de informações a entrevista fenomenológica semi-estruturada. Turato (2003) explicita, sobre a entrevista semi-estruturada, que tanto o entrevistador como o entrevistado podem, de maneira alternada, dar direção focal ao objetivo da pesquisa. A introdução do tópico cabe sempre ao entrevistador que, durante a entrevista, ajuda a direcionar as falas para obter todas as informações que julga pertinentes para sua pesquisa.

A opção pela entrevista semi-estruturada como instrumento de pesquisa surgiu, também, porque essa modalidade combina perguntas estruturadas (fechadas) com não-estruturadas (abertas), permitindo com isso maior flexibilidade, e deixando o participante mais à vontade para expressar-se.

Os escritos de Turato (2003) descrevem que tanto o entrevistador como o entrevistado podem, ao longo da conversa, oferecer alguma contribuição que gere ganhos para enriquecer os dados que estão sendo pesquisados. Nessa forma de pesquisar, o entrevistador pode observar o conteúdo entrevistado e acompanhar com gestos que demonstrem interesse, estimulando, desse modo, seu interlocutor a falar. Esse caminho metodológico permite, ainda, que o entrevistador esclareça fatos que lhe ficaram obscuros durante a entrevista e que enfoque somente pontos que não considera bem esclarecidos.

Nesse sentido, Leopardi, Gelbecke e Ramos (2001) apresentam a entrevista na investigação qualitativa, como sendo um recurso importante, com a vantagem de que são os próprios atores sociais que fornecem os dados referentes aos seus desejos, suas condutas, opiniões e expectativas sobre determinado fenômeno. Segundo a autora, “ninguém melhor do que a própria pessoa envolvida, para falar sobre tudo aquilo que pensa e sente do que tem experimentado” (p. 202). Dessa forma, a pessoa envolvida e que vive a experiência torna-se então a fonte dos dados. Tudo quanto ela diz de sua experiência torna-se importante.

Nesse tipo de investigação, o investigador preocupa-se com a natureza do que vai investigar. Ele conhece as questões, mas não pode predizer as respostas, de tal modo que não existe, ainda, por parte do pesquisador, uma compreensão prévia do fenômeno, sob a ótica do envolvido.

A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como principal instrumento.

Polit (2004), ao se referir à entrevista semi-estruturada, diz que é usada quando o pesquisador tem uma lista de tópicos que precisam ser focados. Ele utiliza, então, uma lista guia, a fim de não deixar nada relevante fora de cogitação. A autora escreve que, nesse tipo de abordagem, a “função do entrevistador é encorajar os participantes a falar livremente sobre todos os tópicos constantes no guia” (p. 252).

A literatura aponta o uso da entrevista semi-estruturada, para as pesquisas qualitativas. Assim, Turato (2004, p. 314), citando Rubin e Rubin, diz que, “quando

os pesquisadores querem informação mais específica, usam o tipo semi-estruturado, onde o entrevistador introduz o tópico e então guia a discussão para perguntar questões específicas [...].

Conforme diz Corrêa (1997), na fenomenologia, o pesquisador não está apenas interessado nos dados a serem obtidos, mas também nos significados que os sujeitos atribuem ao que está sendo pesquisado. No dizer de Graças (2000), o pesquisador espera ir além das aparências e dos conhecimentos teóricos, no intuito de aproximar-se o melhor que conseguir das experiências humanas e apreender tal realidade vivida, para atribuir-lhe significados.

Na descrição de Zagonel (1999, p. 92), a entrevista fenomenológica envolve “um processo informal e interativo entre pesquisador e cliente, exigindo questões abertas, que não transformem o ser em objeto ou redutível a métodos científicos, mas apelam para os modos de compreensão mais sutis e compreensíveis, sobre o fenômeno”.

Trivinos, citado por Turato (2003, p. 314), salienta um aspecto importante dessa forma de coleta de dados, tendo em vista o espírito do método qualitativo, quando diz que ela “parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias ou hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem respostas do informante”.

Como, na amostra, optou-se pelos diferentes profissionais que compõem a equipe, usei dois modelos de entrevista, de acordo com os sujeitos (Anexo I – Entrevista com o Enfermeiro – Entrevista com a Equipe).

Para os enfermeiros, foram utilizadas as seguintes questões de pesquisa:

- 1 Como você se percebe como enfermeiro, desenvolvendo as ações de cuidado em UCP?
- 2 Quais os aspectos que indicam que o seu trabalho é (in)visível?
- 3 A sua prática tem repercussão no agir dos demais profissionais da equipe em UCP?

Para os demais profissionais, optou-se pelas seguintes questões de pesquisa:

- 1 Em sua convivência diária com os enfermeiros na unidade crítica pediátrica, o que você vê e observa, frente às ações de cuidado que eles desempenham?
- 2 Você acha que o trabalho deles é (in)visível?
- 3 O modo de agir do enfermeiro tem repercussão na sua vida profissional?

Para desenvolver este estudo, solicitou-se a colaboração espontânea dos membros citados, mediante contato pessoal, a fim de conhecer a disponibilidade de cada um, além de esclarecer os motivos da pesquisa. Para aqueles que aceitaram, foram agendados dia e hora para a realização da entrevista. O local escolhido variou durante o tempo de coleta, entre a sala da direção de enfermagem, sala de reuniões da diretoria geral e sala da presidência. Em nenhum desses locais obteve-se completo silêncio, com exceção das entrevistas feitas à noite. O referido barulho era proveniente da avenida que passa próxima ao hospital (sala da direção de enfermagem) ou dos ambulatórios de ortopedia e cirurgia, onde as crianças e os adolescentes, com suas famílias, aguardam a consulta.

A todos os participantes foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, que, após lido e comentado, todos assinaram e também permitiram que as conversas fossem gravadas. Ressalto que nenhum dos que haviam se comprometido faltaram às entrevistas.

Percebeu-se, em todos os entrevistados, constantemente, um certo grau de nervosismo, mais acentuado nos níveis de escolaridade mais baixos e naqueles profissionais que fazem parte da minha gerência. Por mais que fossem deixados à vontade, o fato de ser eu a entrevistadora, de estar gravando (mesmo com autorização), pareceu suscitar neles algum mecanismo inconsciente de autoproteção, talvez, porque esse tipo de abordagem não é comum no hospital, uma vez que existem poucos profissionais enfermeiros (apenas dois) fazendo mestrado

na área de enfermagem. Assim, não há hábito de fazer pesquisa dessa natureza na instituição. Quando os médicos, psicólogos e fisioterapeutas fazem suas pesquisas, eles voltam-se geralmente para outras abordagens e o profissional enfermeiro normalmente não faz parte dos sujeitos pesquisados. Mesmo com esse pequeno entrave, acredito que as contribuições foram significativas e todos deram o melhor de si para colaborar.

Saliento, também, que todas as entrevistas foram realizadas durante o horário de expediente, porque isso facilitava para ambos os lados, isto é, não se dependia de certas licenças de outros serviços, de deslocamentos com trânsito complicado, economizavam-se vales-transporte e autorização para entrar no hospital fora do expediente (o funcionário só pode entrar, usando crachá e pela entrada do ponto). Esclareço, também, que alguns dos entrevistados ultrapassaram 50 minutos em suas considerações, ao passo que outros, em 20 minutos, já não tinham mais nada a dizer sobre sua experiência em relação ao assunto pesquisado.

Já no momento do encontro para a coleta das informações, foi possível colocar em ação a relação dialógica entre pesquisador e seres pesquisados, apreendendo modos de ser, atitudes, potencialidades, nível de comunicação, expressão de sentimentos. Esse entorno conforma-se como verdadeiro encontro social entre EU e TU, em atitudes que fortalecem o vínculo compartilhado de pertença à mesma equipe, às mesmas metas e à mesma finalidade.

Os obstáculos referidos não impediram alcançar as respostas às inquietações da pesquisa, mas fortaleceram vínculos e tornaram-se também um momento do ser enfermeiro-pesquisador, que, por meio do diálogo, permitiu ao outro desvelar-se em sua singularidade no encontro com o outro.

5.5 OS ASPECTOS ÉTICOS QUE PERMEARAM O CAMINHAR

Ao iniciar a pesquisa, tomei o cuidado em cumprir as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual dá as diretrizes e normas

para todo e qualquer tipo de pesquisa em saúde que envolva seres humanos. No relacionamento de cuidado ou de pesquisa, a relação ética é fundamental, para garantir a confiabilidade dos dados colhidos, assim como a não-exposição dos colaboradores.

Para dar cumprimento a essa resolução, elaborei o projeto da pesquisa, juntamente com um termo de compromisso, denominado Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) e encaminhei-o à Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Pequeno Príncipe para aprovação conforme Anexo III - Ofício. No termo, salientei meu compromisso de guardar sigilo das informações, assim como esclareci que elas seriam gravadas para que eu pudesse posteriormente fazer a transcrição e que a divulgação dos discursos seria feita mediante um código conhecido apenas por mim. Deixei claro, ainda, aos participantes, que a sua adesão era livre e poderia ser retirada, assim que eles quisessem, sem que isso lhes causasse qualquer tipo de dano ou risco. Cada sujeito colaborador levou uma cópia do termo de consentimento, contendo o nome da pesquisa e todas as informações citadas, bem como o telefone da pesquisadora caso necessitassem de alguma informação, ou para comunicar a desistência na colaboração da pesquisa.

Turato (2003) fala sobre quatro princípios que devem ser levados em conta nas pesquisas dessa natureza. O primeiro deles é o da *autonomia*, no qual o sujeito participante precisa agir em total liberdade, livre de qualquer tipo de coação para começar a colaborar ou continuar colaborando no trabalho. O segundo é o da *beneficência*, nesse, se possível, o indivíduo deve sentir-se bem em poder dar sua colaboração, porque isso lhe ajudará pessoalmente ou colaborará para a melhoria da qualidade de vida de outros. O terceiro é o princípio da *não-maleficência*, segundo o qual o sujeito da pesquisa não poderá, de forma alguma, sofrer qualquer tipo de dano, como, por exemplo, a quebra do anonimato e a invasão de sua privacidade. O quarto princípio é o da *justiça*, e consiste no respeito que se deve dar ao direito do outro, sem julgamentos e inferências.

Todas as entrevistas foram agendadas previamente e seu conteúdo,

gravado, o qual fica disponível até a apresentação oficial da pesquisa, após o que, então, é destruído.

5.6 A ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A análise, segundo Rey (2002, p. 143-144), “representa um momento analítico no processamento da informação [...] e se torna parte da qualidade da informação, produzida pela pesquisa”. No pensamento do mesmo autor, a análise é uma forma de penetrar nas estruturas simbólicas que configuram a vida cotidiana das pessoas em seus contextos reais.

Assim, para a análise, é importante também salientar que:

[...] é a partir da subjetividade do discurso, trabalhando com as experiências do pensar e do agir dos sujeitos, que se procura chegar à objetividade descritiva, na crença de que tudo o que é objetivo agora foi antes pensado e, portanto, subjetivo. Subjetividade reconhecida como importante e desejada na abordagem fenomenológica de pesquisar, porque é ela que permite alcançar a subjetividade (GRAÇAS, 2000, p. 28).

Neste trabalho, após a transcrição das entrevistas gravadas, utilizou-se o caminho de análise proposto por Giorgi (1985, p. 10), o qual estabelece os passos essenciais do método fenomenológico:

- a) o pesquisador lê as descrições, a fim de obter o sentido geral do todo;
- b) o pesquisador lê novamente o texto e transforma em linguagem da ciência, com o objetivo específico de discriminar as unidades de significado, com o foco no fenômeno que está sendo pesquisado;
- c) o pesquisador expressa os *insights* contidos no todo das unidades de significado que revelam o fenômeno sob consideração;
- d) o pesquisador reflete e sintetiza todas as unidades de significado, transformadas em afirmações consistentes a respeito da experiência do sujeito.

1 O sentido do todo

Nesta etapa, ocorre a simples leitura do texto, o que exige a habilidade de

compreensão da linguagem do entrevistado. O pesquisador deve ler o texto tanto quanto for necessário para obter a abrangência do todo. Discursos longos necessitam de múltiplas leituras. O sentido geral obtido após as leituras não é interrogado ou explícito ainda, mas serve como fundamento para a próxima etapa da descrição das unidades de significado.

2. Descrição das unidades de significado com foco no fenômeno pesquisado

As unidades de significado emergem como uma consequência do processo de análise, as quais são discriminadas espontaneamente, da forma como são percebidas a partir da descrição do sujeito, levando-se em conta o objetivo a ser alcançado na pesquisa.

As unidades de significado são numeradas. A unidade de significado é assinalada, destacada diretamente no texto, ao realizar-se a leitura.

A seleção das unidades de significado está relacionada aos valores do pesquisador e pode ser modificada se o texto for lido por outro pesquisador. Nesse momento, a linguagem do discurso ainda não é modificada.

O método permite desvelar o sentido vivido, de início, espontaneamente, depois, é necessário tentar analisar mais precisamente o significado de palavras-chave. Essa etapa não é fácil ao pesquisador, pois ele necessita articular o significado preciso do tema pesquisado ao discurso expresso pelo sujeito. Então, o pesquisador transforma a linguagem do sujeito em uma terminologia mais precisa, que expresse, de maneira concreta, os conceitos que ele está adotando no estudo e que tenham significado. O que diferencia o método fenomenológico é o fato de ser permitida uma espontaneidade disciplinada para o primeiro desvelamento das unidades de significado ou suas categorias e, somente depois, com base na análise subsequente, explicita-se sua real essência.

De certa maneira, o procedimento aqui delineado é a própria prática da ciência, no contexto da descoberta, mais do que no contexto de verificação. Nada pode ocupar o lugar da fase da descoberta, a não ser aquilo que é estritamente verificado.

As unidades de significado que são constituídas por esse procedimento tornam-se constituintes e não elementos. Um constituinte é uma parte determinada do contexto. As unidades de significado não existem no texto como tal. Elas existem somente em relação à atitude e abstração do pesquisador. A descoberta delas depende da perspectiva do pesquisador.

3. Transformação das expressões do sujeito em linguagem do pesquisador sobre o fenômeno pesquisado

Essa transformação é necessária, uma vez que as descrições dos sujeitos, que retratam as múltiplas realidades serão elucidadas de forma científica, a partir do fenômeno pesquisado, com profundidade para compreender os eventos. Utiliza-se o sentido da linguagem comum, iluminado pela perspectiva fenomenológica.

4. Síntese das unidades de significado em uma afirmação consistente

A última etapa da análise significa, para o pesquisador, resumir e integrar os *insights* contidos nas unidades de significado, transformadas em uma descrição consistente na estrutura do fenômeno pesquisado. Essa é a fase mais difícil, em que o pesquisador sintetiza, a partir das unidades de significado determinadas, a compreensão da totalidade das expressões dos sujeitos.

Para explicitar melhor os passos da análise, apresento-os na sequência.

6 A VISIBILIDADE DO CONTEÚDO APREENDIDO

6.1 ANÁLISE ESTRUTURAL DAS DESCRIÇÕES DOS SUJEITOS ENFERMEIROS

Neste item, ao sintetizar as categorias identificadas pela análise fenomenológica, identifico, numericamente, cada unidade de significado, ao mesmo tempo em que demonstro a transcrição das unidades de significado da linguagem ingênua para a linguagem de pesquisadora. Esse exercício permite que o pesquisador obtenha a totalidade das expressões e assim compreenda o que foi dito

pelo sujeito da pesquisa. Para melhor clarificar esse processo, a seguir, exponho as etapas da análise fenomenológica percorridas para o desvelamento do significado da experiência vivenciada.

Na primeira etapa da análise proposta por Giorgi (1985), o pesquisador lê todas as descrições, a fim de obter o sentido geral do todo; na segunda etapa, o pesquisador lê novamente o texto e transforma-o em linguagem da ciência, com o objetivo específico de discriminar as unidades de significado com o foco no fenômeno que está sendo pesquisado, como, por exemplo, o Discurso 1, organizado na forma do Quadro 1, a seguir, o qual se refere aos depoimentos dos enfermeiros extraído do Anexo IV – Discurso de 1 a 19).

QUADRO 1 – SÍNTESE E UNIDADES DE SIGNIFICADO DO DISCURSO 1

Síntese das categorias identificadas do sujeito	Ordenação da transcrição das unidades de significado numeradas da linguagem ingênua para a linguagem da pesquisadora
<p>Discurso 1</p> <p>1. Como você se percebe como enfermeiro desenvolvendo as ações de cuidado em UCP?</p> <p><i>Na minha unidade, eu vejo que tecnicamente os enfermeiros se equiparam.¹ A diferença eu acho que é maior no atendimento humano, no cuidado direto com o paciente, no tratar,² e isso se percebe também que é uma diferença de personalidade não só de aprendizado técnico,³ mas é o psicológico, talvez a criação do enfermeiro que faz essa diferença.⁴ Na equipe, dentre os enfermeiros, dentre todos os enfermeiros que nós somos, a gente vê a diferença, não só com relação ao restante da equipe.⁵ Talvez, a equipe técnica, que está mais junto com o paciente, tenha atitudes mais humanizadas do que o próprio enfermeiro.⁶</i></p> <p><i>Eu, como me autocriticando, gostaria de fazer de forma mais humana as coisas que eu faço hoje,⁷ mas tem coisas que a instituição me impede de fazer,⁸ tem coisas que a convivência com a própria família me impedem,⁹ porque você tem de ter o teu lado técnico, e o lado que a gente tem de respaldo da parte legal me impede de fazer.¹⁰ Eu gostaria de fazer mais pelos pacientes do que aquilo que eu faço hoje.¹¹ A semana que vem está entrando na UTI a família participante 24 horas. Eu gostaria de ter feito isso para as famílias há muito mais tempo, porque eu acho que é fundamental para a família, pro paciente e para o estar presente. Até pela minha vivência, pelas coisas que eu vivi daqui para trás, sei que isso é importante.¹² Outra coisa é que eu gostaria de dedicar mais tempo para pegar no bebê, ou tocar ou fazer as coisas com mais tranquilidade.¹³ A gente tem uma vida atropelada, tem muita coisa para fazer, muito doente para atender, muita patologia grave que não nos permitem tempo para fazer as coisas com mais zelo e mais cuidado.¹⁴</i></p> <p><i>Eu percebo o reconhecimento das pessoas,¹⁵ eu reconheço a diferença que faz a presença do profissional enfermeiro dentro da unidade,¹⁶ e principalmente pelo reconhecimento dos médicos, porque a gente vê que as coisas andam bem, quando o enfermeiro está lá, os médicos contam muito com a gente e delegam muitas coisas.¹⁷</i></p> <p><i>Então, eu vejo, na nossa unidade, principalmente que o enfermeiro tem um papel bem importante, tem um envolvimento bastante bom.¹⁸</i></p>	<p>1. Alude a que o trabalho entre os enfermeiros se equipara.</p> <p>2. Expressa as diferenças no trabalho do enfermeiro com enfoque na dimensão humana.</p> <p>3. Percebe o trabalho do enfermeiro como diferenciado pela personalidade do profissional.</p> <p>4. Atribui a diferença ao psicológico, à forma de criação do enfermeiro.</p> <p>5. Admite ser diferente o trabalho do enfermeiro perante a equipe.</p> <p>6. Atribui à equipe técnica as atitudes mais humanizadas.</p> <p>7. Enfatiza a necessidade de realizar seu trabalho de forma mais humana.</p> <p>8. Percebe a influência da instituição como impeditiva de algumas tarefas.</p> <p>9. Admite a influência da família na realização de ações profissionais</p> <p>10. Alude aos aspectos técnico e legal da profissão como impeditivos para o exercício profissional.</p> <p>11. Enfatiza a vontade de fazer mais do que faz pelos clientes.</p> <p>12. Reconhece a presença da família na UTI como importante.</p> <p>13. Refere o desejo de maior tempo para dedicação ao cuidado direto com tranquilidade.</p> <p>14. Expressa o excesso de atividades como impedimento para desenvolver as ações de cuidado com mais zelo.</p> <p>15. Admite o reconhecimento do seu trabalho pelas pessoas.</p> <p>16. Enfatiza a presença do enfermeiro na UTI como diferencial no cuidado.</p> <p>17. Admite o bom desempenho profissional ao reconhecimento médico e a sua presença.</p> <p>18. Visibiliza a importância do trabalho e papel do enfermeiro na unidade.</p>

<p><i>Eu vejo que a gente conseguiu também fazer uma equipe bastante segura nas coisas, no cuidado dentro da UTI¹⁹. Então eu acho que elas [a equipe] conseguem fazer bem o serviço, sem a presença do enfermeiro²⁰, mas, para o médico, existe uma segurança maior quando se está o tempo todo dentro da unidade. O mesmo acontece com a equipe.²¹ Eu penso que, em todos os lugares, quando o enfermeiro está por perto, todos andam mais na linha²². Eu acho que, para qualquer profissional, o reconhecimento é importante. Para mim, fundamentalmente, o mais importante é o reconhecimento da família do paciente²³. É obvio que é importante quando o médico reconhece e quando a equipe reconhece e se percebe²⁴, mas o que me dá mais satisfação é quando a família do paciente percebe a tua forma de atuar e de atuar junto aos outros profissionais, é o mais importante.²⁵ Porém, isso [o reconhecimento] acontece com as famílias que passam mais tempo na UTI, pois elas até sabem reconhecer a diferença que existe dentro da equipe de enfermagem, mas aqueles que passam pouco tempo não fazem essa diferenciação. Para eles, é a equipe cuidando do seu filho²⁶. Eu acho que é importante eles saberem a diferença. Eu gosto quando eles percebem isso, e me dá até certo prazer quando eles percebem que a gente é enfermeiro e não médico. Tem muitos pais que acabam chamando a gente de doutora ou acham que a gente é médico ali dentro. Eu gosto muito de saber, quando eles sabem essa diferença²⁷. Porém, nem todos fazem essa distinção, só os pais esclarecidos, que a gente vê poucos na unidade, porque a maioria é de origem humilde e simples e nem sabe que existe uma graduação dentro da equipe, como enfermeiro, técnico e auxiliar. Mas aqueles pais mais esclarecidos já têm conhecimento disso²⁸. De modo geral, aqueles que cuidam do filho são todos enfermeiros. Como todos usam a mesma roupa, até o médico, eles têm dificuldade de reconhecer, só quando se apresenta, na primeira visita, eles passam a diferenciá-lo. Só quando o enfermeiro se apresenta a eles, passam também a reconhecê-lo melhor.²⁹</i></p>	<p>19. Atribui a segurança da equipe para realizar o cuidado à presença do enfermeiro.</p> <p>20. Percebe que a equipe tem bom desempenho na ausência do enfermeiro.</p> <p>21. Reconhece que a presença do enfermeiro na unidade traz segurança para o médico e a equipe de enfermagem.</p> <p>22. Enfatiza que a presença do enfermeiro colabora para o correto agir da equipe.</p> <p>23. Admite como fundamental para o enfermeiro o reconhecimento da família do paciente.</p> <p>24. Admite a importância do reconhecimento do trabalho do enfermeiro pelo médico e pela equipe.</p> <p>25. Expressa grande satisfação diante do reconhecimento da família do paciente de sua forma de atuar.</p> <p>26. Salienta que o reconhecimento é maior pelas famílias que permanecem mais tempo na UTI, possibilitando a percepção da hierarquia entre os membros da equipe.</p> <p>27. Estabelece a importância e o prazer sentidos quando a família faz a diferenciação do enfermeiro entre os demais membros da equipe.</p> <p>28. Atribui aos pais mais cultos o reconhecimento e a distinção do papel do enfermeiro.</p> <p>29. Reconhece a dificuldade dos pais de estabelecer a diferença entre as categorias profissionais dentro da equipe de enfermagem e de saúde.</p>
<p>2. Quais os aspectos que indicam que o seu trabalho é (in)visível?</p> <p><i>Eu creio que tudo que o enfermeiro faz é indicativo da sua visibilidade. O enfermeiro, na verdade, fica mesmo nessa supervisão, nessa administração, tem de ver tudo, não é só na UTI³⁰. Cada funcionário cuida só de dois doentes, mas o enfermeiro cuida de 20 que estão lá, cuida do médico, cuida da equipe, cuida da família. Então, para o enfermeiro, falta esse tempo de estar mais junto, mais perto da parte humana e assistencial da rotina³¹. Eu vejo dois pontos para as enfermeiras em geral. O primeiro é uma questão de posicionamento de postura, de aprender a se colocar, principalmente, diante do médico como uma pessoa de igual competência, com as diferenças de graduação, mas com competência para saber fazer aquilo que está fazendo e fazendo bem. Para isso, a enfermeira tem de realmente ter capacidade, se capacitar para poder 'peitar' os médicos, porque não é fácil³². A outra coisa fundamental é a gente escrever mais. Não é hábito, até por essa falta de tempo, a gente acaba fazendo, fazendo, fazendo e escrevendo pouco³³.</i></p>	<p>30. Percebe que as ações do enfermeiro lhe atribuem visibilidade, apesar de estar centrada na gerência do cuidado de toda a UTI.</p> <p>31. Admite o excesso de trabalho do enfermeiro como impedimento para aliar o saber técnico e humano do cuidar.</p> <p>32. Estabelece como dimensões da maior visibilidade do papel do enfermeiro a postura, o conhecimento, a competência para estabelecer uma relação de iguais.</p> <p>33. Considera aspecto importante da visibilidade profissional do enfermeiro a habilidade de publicar os resultados de suas ações.</p>

<p><i>Mas ainda eu acho que precisa de postura diante das outras equipes e diante dos pais, se colocar mesmo como uma profissional, eu acho que é fundamental³⁴. Eu acho que é justamente do fato de muitos enfermeiros serem mal formados a subserviência, porque até então a gente aprendeu a baixar a cabeça para o médico³⁵. E muitas enfermeiras sabem, mas não sabem se colocar diante daquela situação. Então eu acho que seria isso³⁶. Eu penso também que os enfermeiros precisam estudar mais, se graduar mais, aprender mais para também ter uma postura diferente, com relação aos funcionários, saber colocar a sua posição como enfermeiros³⁷. Também, saber colocar o seu lado humano, se igualar a eles [os médicos], no momento, você é uma pessoa como todas as outras ali dentro da unidade. Então, eu acho que é por esse lado³⁸. Quando eu falo de estudar mais, pode não ser apenas fazer uma pós, mas pode ser também a leitura pura e simples daquilo que ele está fazendo no momento, fazendo no dia-a-dia³⁹. Porque a gente não vê, é muito difícil você ver um enfermeiro estudando aquilo que ele está fazendo. Ele vai fazendo, vai fazendo e acha que não precisa mais. Na verdade, a gente sabe que, quanto mais você ler, mais se aprimora, mais tem capacidade para discutir o assunto, para se colocar e para fazer⁴⁰.</i></p>	<p>34. Salaria a postura como atributo fundamental que sobressai diante do reconhecimento da equipe e da família.</p> <p>35. Comenta a subalternidade do enfermeiro ao médico e a formação inadequada como impedimentos à visibilidade do papel do enfermeiro.</p> <p>36. Relata a falta de ação diante de alguma situação por não saber se posicionar.</p> <p>37. Aponta o saber científico e posicionamento como atributos para a maior visibilidade.</p> <p>38. Refere o caráter de humanidade como forma de igualar o trabalho do enfermeiro ao trabalho médico.</p> <p>39. Salaria a necessidade constante de atualização do enfermeiro para a eficácia de suas ações cotidianas.</p> <p>40. Estabelece a necessidade de aprimoramento científico do enfermeiro para compreender sua prática distanciando-se do fazer técnico apenas.</p>
<p>3. A sua prática tem repercussão no agir dos demais profissionais da equipe em UCP?</p> <p><i>Eu penso que sim. Eu, dentro da minha formação, eu acho que até como pessoa eu sempre procurei e tenho este lado mais humano mais desenvolvido.⁴¹ Percebo na minha equipe que todos seguem mais ou menos a mesma linha.⁴² Percebo que, com as famílias, a agente tem um retorno bom. Porque desde que você se relaciona bem com a família, você consegue ter de volta o agradecimento deles, a compreensão, e é uma troca diária isso.⁴³ Eu vejo que realmente a gente tem um relacionamento bom, tanto com os médicos, quanto com os funcionários, os pais e os pacientes.⁴⁴ Falando como enfermeira da UTI, eu acho que a gente tem uma grande facilidade de relacionamento com os médicos, conseguimos um espaço muito bom dentro da unidade.⁴⁵ Mas como enfermeira, eu tenho, na verdade, um relacionamento bom com todo o hospital. Eu percebo isso quando eu faço plantão no final de semana, ou mesmo quando passo nas unidades, percebo que as pessoas se reportam com mais facilidade, fica mais fácil o relacionamento, do que com algumas enfermeiras que são mais novas.⁴⁶</i></p>	<p>41. Atribui ao humanismo bem desenvolvido de seu agir como aspecto de repercussão sobre os demais membros da equipe.</p> <p>42. Percebe a equipe de enfermagem seguindo o enfermeiro no desempenho humanizado do cuidado.</p> <p>43. Aponta o diálogo vivido com a família como indicador de retorno, agradecimento, troca e compreensão pelo trabalho realizado pelo enfermeiro.</p> <p>44. Enfatiza o relacionamento harmonioso entre médicos, equipe de enfermagem, família e paciente.</p> <p>45. Estabelece que o trabalho realizado na UTI facilita o relacionamento com os médicos, tornando o espaço agradável.</p> <p>46. Salaria que o tempo de convívio na UTI torna seu relacionamento com todas as pessoas do hospital mais fácil.</p>

6.2 ESTRUTURA DE COMPREENSÃO DAS DESCRIÇÕES DOS ENFERMEIROS

A compreensão dos depoimentos do ser enfermeiro que atua em UCP possibilita desvelar a significação expressa pela análise, a qual permite delinear as categorias convergentes a partir das unidades de significação. As unidades de

significação emergem do próprio discurso, em que o sujeito fala e expressa sua experiência.

Essa estrutura das unidades de significação serve para todos os discursos, no momento em que se realiza a terceira etapa da análise fenomenológica, em que o pesquisador expressa os *insights* contidos no todo das unidades de significado que revelam o fenômeno sob consideração.

QUADRO 2 – UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO E CATEGORIAS CONVERGENTES

Categorias convergentes na compreensão da pesquisadora	Unidades de significação das descrições dos sujeitos enfermeiros
O self do ser enfermeiro articulado ao vir-a-ser profissional	1) Compreendendo os atributos pessoais como padrão fundamental para o cuidado; 2) Compreendendo-se como pessoa que pode ir além;
O ser enfermeiro profissional e as dimensões do cuidado diante da sua prática	3) Compreendendo o cuidado humano como dimensão que diferencia o trabalho do enfermeiro e lhe outorga visibilidade; 4) Compreendendo a dimensão técnica no desempenho profissional; 5) Compreendendo a inter-relação entre o saber científico e responsabilidades como forma de suplantar a subalternidade; 6) Compreendendo a temporalidade do ser enfermeiro no desempenho profissional do cuidado;
O ser enfermeiro na convivência coletiva com os profissionais de saúde, família e instituição	7) Compreendendo o diálogo vivido na relação do ser enfermeiro com a equipe de saúde; 8) Compreendendo o reconhecimento do trabalho do enfermeiro pelos demais profissionais de saúde e família; 9) Compreendendo a relação do enfermeiro com a instituição; 10) Compreendendo o humanismo profissional do enfermeiro como aspecto de repercussão sobre os demais membros da equipe, família e do paciente.

6.2.1 Unidades de Significação

Para processar a análise fenomenológica foi necessário percorrer todas as etapas propostas por Giorgi (1985), em cada discurso apreendido. É importante salientar que o próprio depoimento do sujeito desvela, expõe, coloca à luz as unidades de significação e as categorias convergentes. Portanto, estas surgem da expressão dos sujeitos e não são pré-determinadas. Para melhor clarificar ao leitor explicito como exemplo de análise fenomenológica as unidades de significação apreendidas do Discurso 1.

1 Compreendendo os atributos pessoais como padrão fundamental para o cuidado

Na concepção do ser enfermeiro, os atributos pessoais, como as características da personalidade e a formação familiar contribuem para o cuidado, e percebe-se também que isso é uma diferença de personalidade não só de aprendizado técnico (US3). O ser enfermeiro considera que o cuidado humano realizado está ligado à dimensão expressiva, psicológica da pessoa que é, mas é o psicológico, talvez, a criação do enfermeiro, que faz essa diferença (US4).

2 Compreendendo-se como pessoa que pode ir além

O ser enfermeiro explicita que tem condições como pessoa de realizar muito mais pelo ser cuidado, que pode ir além daquilo que a prática cotidiana lhe permite. *Eu gostaria de fazer mais pelos pacientes do que aquilo que eu faço hoje* (US11). Considera importante para o cuidado a inserção da família na unidade crítica pediátrica, como prática inovadora e expressa a vontade de ter implantado essa modalidade há muito mais tempo. *Eu gostaria de ter feito isso para as famílias há muito mais tempo, porque eu acho que é fundamental para a família, pro paciente e para o estar presente [...] (US12).*

3 Compreendendo o cuidado humano como dimensão que diferencia o trabalho do enfermeiro e lhe outorga a visibilidade

O ser enfermeiro expressa as diferenças no seu trabalho, com enfoque na

dimensão humana, sua presença torna-se um diferencial. Ele refere o caráter de humanidade como forma de equiparar o trabalho do enfermeiro ao dos demais membros da equipe [...] *eu reconheço a diferença que faz a presença do profissional enfermeiro dentro da unidade* (US16); [...] *então eu vejo na nossa unidade, principalmente que o enfermeiro tem um papel bem importante, tem um envolvimento bastante bom* (US18 – USs 2, 7, 16, 18, 38).

O ser enfermeiro percebe-se como uma pessoa que tem as mesmas qualificações profissionais de qualquer membro da equipe no trabalho em unidades críticas pediátricas.

4 Compreendendo a dimensão técnica no desempenho profissional

Ao referir-se ao desempenho técnico da equipe de enfermagem em unidades críticas pediátricas, o discurso infere que o enfermeiro oferece segurança aos membros de sua equipe de trabalho, por manter uniformidade de ações e procedimentos entre os membros da equipe, pela competência técnica, pelo respeito aos preceitos legais da profissão. Essas dimensões facilitam e capacitam a equipe a desempenhar suas funções, mesmo na ausência do enfermeiro na unidade.

Infere-se pelos depoimentos que a unidade entre os enfermeiros e a capacitação técnica são atributos percebidos pela equipe de enfermagem, o que resulta em segurança na execução de ações de alta complexidade. Inserido ainda na dimensão técnica, o enfermeiro refere a gerência do cuidado como atributo da maior visibilidade, uma vez que seu agir está ligado a um contexto amplo de atuação, pois administra e supervisiona a totalidade da UCP, não se restringindo a um leito ou a um cliente apenas. *Na minha unidade, eu vejo que tecnicamente os enfermeiros se equiparam* (US1); *Eu vejo que a gente conseguiu também fazer uma equipe bastante segura nas coisas, no cuidado dentro da UTI* (US19); *Eu creio que tudo o que o enfermeiro faz é indicativo de sua visibilidade. O enfermeiro, na verdade, fica mesmo nessa supervisão, nessa administração que tem de ver tudo, não é só na UTI* (USs 1 – Uss 10, 19, 20, 30).

5 Compreendendo a inter-relação entre saber científico e

responsabilidade como forma de suplantar a subalternidade

O sujeito atribui a subserviência do enfermeiro à formação inadequada, em que aprende a ser subalterno ao profissional médico, a não se posicionar em determinadas situações, mesmo sabendo o que deveria ser e fazer. O ser enfermeiro considera que, para adotar uma postura diferenciada na equipe, necessita aprofundar o conhecimento científico, adotar um comportamento que facilite o relacionamento interpessoal entre os membros de sua equipe e entre os colegas enfermeiros.

A atualização exigida não se restringe a cursos de pós-graduação, mas à atualização permanente, tendo como elementos motivadores as situações de saúde-doença vivenciadas no cotidiano de sua prática. A falta de motivação para estudar é referida como consequência da rotinização das ações. O discurso reconhece que o conhecimento empodera o enfermeiro, facilitando suas expressões e seu posicionamento, bem como aprimora sua prática. *Eu acho que é justamente do fato de muitos enfermeiros serem mal formados a subserviência, porque, até então, a gente aprendeu a baixar a cabeça para o médico (US35); Eu penso também que os enfermeiros precisam estudar mais, se graduar mais, aprender mais para também ter uma postura diferente com relação aos funcionários, também saber colocar a sua posição como enfermeiros (US37 – USs 33, 35, 36, 37, 39, 40).*

6 Compreendendo a temporalidade do ser enfermeiro no desempenho profissional do cuidado

Os depoimentos dos enfermeiros apontam que a temporalidade, como tempo linear, torna-se escassa para efetivar a relação dialógica e afetiva entre enfermeiro e cliente no desempenho de suas ações de cuidar. Por ser local de cuidados intensivos, a complexidade de cada cliente exige do enfermeiro atenção e dedicação em tempo integral aos procedimentos técnicos, fazendo com que lhe falte tempo para o cuidado humanizado entre EU e TU.

A rotina cria obstáculos ao cuidado como dimensão abrangente de estar-com, para ser-mais, pois ocupa o ser enfermeiro em seu tempo de cuidado. O

número de clientes sob o olhar do enfermeiro engloba a totalidade deles, envolvendo ainda a equipe, família, o médico, atribuições que tornam o seu tempo deficitário para estar mais próximo, cuidar de forma humana. *A gente tem uma vida atropelada, tem muita coisa para fazer, muito doente para atender, muita patologia grave que não nos permitem tempo para fazer as coisas com mais zelo e mais cuidado* (US14 – USs13, 14, 31).

7 Compreendendo o diálogo vivido na relação do ser enfermeiro com a equipe de saúde

O enfermeiro expõe que há diferença na forma de ser e agir entre os próprios enfermeiros, entre o enfermeiro e a equipe de saúde, deixando transparecer essa característica ou modo de ser. Considera a proximidade com o cliente o atributo mais importante para viabilizar as condutas humanizadas, o qual é conseguido com maior facilidade pelos técnicos em enfermagem.

Salienta, ainda, que a postura, o posicionamento, o saber científico e a habilidade técnica são facilitadores do diálogo e da inter-relação entre enfermeiro e equipe. Enfatiza a facilidade de relacionamento do enfermeiro com o médico na UCP, porém, percebe que esse relacionamento é visível em toda a instituição onde atua. *Falando como enfermeira da UTI, eu acho que a gente tem uma grande facilidade de relacionamento com os médicos, conseguimos um espaço muito bom dentro da unidade. Mas, como enfermeira, eu tenho na verdade, um relacionamento bom com todo o hospital. Eu percebo isso quando eu faço plantão no final de semana ou mesmo quando passo nas unidades, percebo que as pessoas se reportam com mais facilidade, fica mais fácil o relacionamento, do que com algumas enfermeiras que são mais novas* (US46 – USs 5, 6, 32, 45, 46).

8 Compreendendo o reconhecimento do trabalho do enfermeiro pelos demais profissionais de saúde e família

O enfermeiro percebe o reconhecimento advindo dos profissionais médicos, assim como aquele dos parentes e dos demais membros da equipe, como

resposta à sua presença constante, na unidade. O fato de poderem contar sempre com o enfermeiro traz segurança e confiabilidade a todos. Contudo, ser reconhecido, especialmente pela família do cliente é gratificante, porque manifesta que a forma de cuidar do enfermeiro, diante de outros integrantes da equipe, apresenta-se de forma diferenciada e perceptível.

Esclarece, também, que, por falta de conhecimento, muitos pais não conseguem diferenciar o enfermeiro na equipe multiprofissional e nem distinguir que na enfermagem existem profissionais de níveis diversos. Para eles, todos os profissionais que cuidam são chamados de enfermeiros. Muitas vezes, tal equívoco somente é desfeito com a apresentação formal do enfermeiro à família ou com a mudança de postura do enfermeiro diante deles e dos outros componentes da equipe multiprofissional da unidade. *Eu acho que, para qualquer profissional, o reconhecimento é importante. Para mim, fundamentalmente, o mais importante é o reconhecimento da família do paciente (US24).*

De modo geral, aqueles que cuidam do filho são todos enfermeiros. Como todos usam a mesma roupa na unidade, até o médico, eles têm dificuldade de distingui-los. Porém, quando o enfermeiro se apresenta na primeira visita, eles passam a diferenciá-lo. Quando o enfermeiro apresenta-se e eles, passam também a reconhecê-lo melhor (US29). *Mas, ainda, eu acho que precisa de postura diante das outras equipes e diante dos pais mesmo, se colocar como um profissional, eu acho que é fundamental.* (US34 – USs12, 15, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 34).

9 Compreendendo a relação do enfermeiro com a instituição

O entrevistado refere que, em seu agir diário, no gerenciamento das ações de cuidar, encontra limitações impostas pela instituição e pela família, especialmente, quando eles impedem-no de tomar todas as iniciativas que deseja, para o bom andamento da unidade. Reconhece, ainda, que a manutenção de um adequado relacionamento com a família do cliente traz, por parte deles, o

agradecimento e a compreensão pelas atitudes tomadas frente ao cuidado do doente e a satisfação de suas necessidades, pelo enfermeiro. [...] *porque, desde que você se relaciona bem com a família, você consegue ter de volta o agradecimento deles, a compreensão, e é uma troca diária isso* (US43 – USs8, 9, 43).

10 Compreendendo o humanismo profissional do enfermeiro como aspecto de repercussão sobre os demais membros da equipe, família e do paciente

O enfermeiro reconhece que tem o maior espaço nas relações que ocorrem na unidade e que o fato de primar por relacionamentos humanizados faz com que a interação entre ele e pacientes, família e médicos seja positiva, motivando, inclusive, a equipe para seguir o mesmo comportamento. *Eu vejo que realmente a gente tem um relacionamento bom, tanto com os médicos quanto com os funcionários, os pais e os pacientes* (US44); *Percebo, na minha equipe, que todos seguem mais ou menos a mesma linha do humanismo* (US42 – USs41, 42, 44).

6.3 SÍNTESE DAS CATEGORIAS CONVERGENTES DOS ENFERMEIROS

Para realizar a síntese das categorias convergentes, utilizo a quarta etapa do processo de análise fenomenológica proposta por Giorgi (1985), em que o pesquisador reflete sobre todas as unidades de significado e sintetiza-as, transformando-as em afirmações consistentes, a respeito da experiência do sujeito.

Nesta etapa inicio a análise seguindo as mesmas unidades de significação explicitadas no Discurso 1, porém, agora, reunindo as falas de todos os discursos apreendidos e realizando o diálogo com o referencial teórico adotado de Paterson e Zderad, bem como com os demais autores que abordam a temática.

As categorias convergentes enfocam aquilo que o discurso aponta como essência do fenômeno analisado, demonstrando a totalidade daquilo que se pretende analisar. Denotam o primeiro olhar do pesquisador sobre os discursos. A

partir das categorias convergentes e leitura minuciosa dos depoimentos é possível destacar as unidades de significação que desvelam o dito. Estas unidades de significação somente são desveladas através de leitura e releitura dos discursos buscando trazer à luz aquilo que realmente os sujeitos expressam.

A partir dessa reflexão, é possível compreender os significados expressos pelos sujeitos deste estudo, para chegar à interpretação, considerando-se a questão norteadora: 'Qual a percepção da equipe de saúde sobre a (in)visibilidade do ser enfermeiro em sua prática de cuidar?'

1 Compreendendo os atributos pessoais como importantes para o cuidado

O ser enfermeiro, ao desempenhar as ações de cuidado, utiliza suas potencialidades pessoais, que fazem parte de seu existir, de ser ontológico, que está intimamente relacionado ao ser profissional. São vivências indissociáveis, que acontecem entre o *self* e o ser enfermeiro.

O ser tem características próprias, as quais são moldadas desde o nascimento, mediante convívio familiar, relações sociais e pelos aspectos que permeiam a formação da personalidade, como se cada indivíduo tivesse a sua marca, o seu referencial, que é distinto e singular, diante da multidimensionalidade das relações.

Ser alegre, responsável, comprometido, viver em harmonia familiar, ser bondoso e competente tornam-se atributos essenciais do ser pessoa que cuida. O modo próprio de ser de cada um repercute no modo de cuidar, que não se estabelece dissociado do ser, como se percebe nos discursos. (D1, D6, D7).

Mas é o psicológico, talvez a criação do enfermeiro que faz esta diferença. (D1)

Cada plantão é um cuidado, é uma coisa diferente, e isso mexe com o meu ser pessoa. Mexe no emocional, psicológico, pois ninguém consegue ser totalmente frio diante das coisas. (D6)

[...] por isso, como pessoa, me sinto responsável. Me torno responsável conhecendo a equipe e o paciente. (D6)

Eu tenho uma família maravilhosa que me apóia em tudo o que eu preciso. Em todas as fases da minha vida em que eu precisei, sempre tive o apoio deles. Nós somos muito unidos, somos seis e nunca tivemos brigas. (D7)

Eu sou bastante alegre também. (D7)

Quanto a mim, acho também que tenho um bom coração. Compreendo bem as pessoas, sou um pouquinho chata também. (D7)

Paterson e Zderad (1979), ao se referirem às potencialidades humanas do enfermeiro, salientam que, na transação ocorrida entre os profissionais, cliente, família e equipe, estão presentes todos os potenciais e as limitações de cada participante. Assim, a frustração, a reserva, agressividade, impaciência, pena, o sofrimento, a alegria, confiança, acolhida e esperança permeiam o ambiente e a vida do enfermeiro. Em outras palavras, “sendo uma convivência entre humanos, seu conteúdo inclui todas as respostas humanas, tanto daquele que necessita como daquele que o ajuda em um dado momento” (p.31).

2 Compreendendo-se como pessoa que pode ir além

A percepção do ser enfermeiro como pessoa que pode ir além se evidencia quando o sujeito expressa que necessita do constante aprimoramento científico, da reciclagem, de buscar estar sempre melhor, de estudar mais para efetivar o cuidado e torná-lo visível. Expõe ele que a falta de registros das ações executadas torna o agir profissional do enfermeiro invisível. Ressente-se de apenas atuar na execução das técnicas, o que gera angústia, insatisfação e frustração. Admite que, na convivência com a equipe, percebe-se como um ser que necessita também admitir suas falhas, bem como que é gratificante receber validação com relação às ações que executa, isso o ajuda a crescer como pessoa. (D2, D5, D6, D7)

E, às vezes, ele [o enfermeiro] não é valorizado, até mesmo por nós [enfermeiros], por não anotar muitas coisas que a gente faz. Então, você faz, faz, mas como não anota, fica invisível no seu trabalho. (D2)

A evolução na área da saúde é muito rápida. A cada três meses, em média, muda alguma coisa. Então, o enfermeiro deve estar se reciclando sempre. (D5)

A gente tenta levar, mas esse [falta de reciclagem] é um fator que gera angústia,

insatisfação, frustração. É o mesmo que não estar realizado no seu todo. (D6)

Eu gosto, porque, a cada dia que a gente escuta algo [ação], não em relação aos pacientes, porque isso a gente procura fazer bem, mas em relação a algo que eu fiz que pode até não ser bom, eu reflito, e isso me ajuda a melhorar, pois eu penso que poderia ter dito ou feito diferente, e isso me ajuda a crescer. (D7)

Eu acho que eu preciso estudar mais. Não só eu. Eu acho que todos precisamos estudar um pouco mais. (D7)

Ao fazer referência ao espaço de atuação do enfermeiro, como local de aprimoramento prático e científico, Paterson e Zderad (1979, p.75) dizem que a capacidade de se relacionar com os outros e com pensadores, para conhecer, para investigar e dar sentido ao que se deseja desvendar, propicia o enriquecimento constante do ser enfermeiro como um “espaço que conhece”.

No pensamento de Mayeroff (1971), para cuidar de alguém, o enfermeiro não pode se basear apenas em boas intenções e estima pelo cliente. Para cuidar bem, o autor preconiza que é preciso conhecer o outro e entender suas necessidades de cuidado, ser capaz de lhe dar respostas adequadas. É preciso, portanto, ter conhecimento geral e específico suficiente, saber aplicá-los corretamente, tendo em vista seus poderes e limites. Para o exercício do cuidado, faz-se necessário o conhecimento explícito e o implícito, isto é, saber o que fazer e como fazer para responder às expectativas do cliente e de sua família.

É possível apreender que o enfermeiro expressa sua insatisfação ao dedicar-se ao desempenho em detrimento do cuidado autêntico. O ser enfermeiro percebe-se como profissional que pode ir além, pois alia a essa intenção o aprimoramento contínuo, bem como a necessária validação de suas ações. É importante ressaltar que a sistematização do processo de cuidar, cumprindo todas as etapas, não é realizada, o que lhe confere invisibilidade. Conhecer parte do cliente e prescrever parte das ações demonstra atitude descompromissada com sua função e sua responsabilidade ética, pois ele obtém resultados parcelares. As anotações fazem parte do processo de cuidar e, ao deixar de executá-las, o

enfermeiro não prioriza o cuidado, pois prefere apenas agir, sem planejamento.

Reconhecer de forma crítica a sua prática, perceber suas lacunas é, antes de tudo, um processo que deve ser exercitado e possibilitado, como eixo norteador para efetivar um cuidado de qualidade trazendo visibilidade ao profissional enfermeiro.

3 Compreendendo o cuidado humano como dimensão que diferencia o trabalho do enfermeiro e lhe outorga a visibilidade

O ser enfermeiro revela a sua concepção quanto ao cuidado humano que o diferencia na execução do cuidado e percebe a presença do enfermeiro como algo visível, pois o cliente é melhor atendido. É importante salientar que as expressões dos enfermeiros revelam que o cuidado de enfermagem sob a ótica dos demais profissionais de saúde restringe-se ao fazer técnico, desconsiderando os aspectos de toque e diálogo que o enfermeiro inclui em suas ações de cuidar. A efetivação das ações de cuidado é o indicador da visibilidade para o ser enfermeiro, pois ressalta que ele necessita da ação prática para perceber-se fazendo a enfermagem, o que lhe confere satisfação e gratificação. Sob o olhar do enfermeiro, é essencial à profissão distanciar-se das ações apenas burocráticas e aproximar-se do cuidado, o que resulta em visibilidade, cuidado concreto, ação, atitude e postura que tem sido desconsiderado pelos enfermeiros. (D2, D3, D4, D6, D7)

Eu vejo que, para o enfermeiro, falta o cuidado ao paciente, pois ele se envolve com questões burocráticas. (D2)

Com o enfermeiro, o paciente é também melhor atendido. (D3)

Existem alguns enfermeiros que não são visíveis e a gente até sente falta deles, porque essa visibilidade precisa existir. (D4)

O cuidar do enfermeiro é muito visível dentro da UTI. Quando ele não cuida, se percebe que não está sendo cuidado. (D4)

Para mim, sobra o cuidado. É uma coisa que eu posso fazer bem: prestar assistência mesmo, por a mão na massa. Eu gosto disso. (D6)

Quanto ao cuidado, eu sinto que é satisfatório e gratificante, quando vejo que as crianças

melhoram e também vejo os pais satisfeitos. (D7)

Erdmann (1998, p. 64), enfatiza que, para a construção do processo de ser e viver bem, o cuidado é fundamental, “porque acontece nos seres, a partir deles, para eles e através deles, coexistindo na natureza e por onde suas estruturas podem ser pensadas, pois encontra-se na estrutura da organização da vida dos seres, nos seus vários domínios, biológicos, antropológicos, psicológicos, sociológicos e outros”. Espírito Santo, Escudeiro e Chagas Filho (2000, p. 26) explicitam que o cuidado “é função e atribuição que envolve comportamentos, atitudes e valores que são incorporados em um processo contínuo de construção e reconstrução”.

Segundo Waldow (1998), os clientes não desejam receber apenas cuidados carinhosos e afáveis, mas também técnicos, seguros e eficientes. Nesse sentido, expressa-se a autora:

Para que o cuidado realmente ocorra na sua plenitude, a cuidadora deve expressar conhecimento e experiência na performance das atividades técnicas. A isso devem-se conjugar expressões de interesse, consideração, respeito e sensibilidade, demonstradas por palavras, tom de voz, postura, gestos e toques. Essa é a verdadeira expressão da arte e da ciência do cuidado: a conjugação do conhecimento, das habilidades manuais, da intuição, da experiência e da expressão da sensibilidade (p. 143-144).

Cuidar de forma humana diferencia o enfermeiro dos demais profissionais no contexto de UCP, pelos resultados da atenção de qualidade dedicada aos clientes.

É possível apreender que o desempenho profissional do enfermeiro é percebido pelos membros da equipe de saúde como sendo centrado na técnica, uma vez que o toque e o diálogo não são indicativos de cuidado.

O próprio enfermeiro considera que sua visibilidade está relacionada diretamente ao desempenho das ações técnicas. Assim, o círculo vicioso instala-se, ele faz a técnica para obter visibilidade e ela dá-lhe satisfação, e assim permanece. Mezzomo, citado por Puggina (2004, p. 22), afirma que “os pacientes, em sua maioria, não sabem avaliar se, ao fazer um curativo ou realizar outros

procedimentos, o profissional de enfermagem está aplicando técnicas corretas; todavia, qualquer pessoa mesmo analfabeta, percebe a maneira humana ou não com que está sendo cuidada”.

Assim, é fundamental incluir a competência sem dispensar as dimensões expressivas do cuidado. Perpetuar um comportamento inadequado e segmentado não garante a visibilidade do enfermeiro e muito menos a sua humanidade.

4) Compreendendo a dimensão técnica no desempenho profissional

É possível apreender que o ser enfermeiro atribui ao desempenho do cuidado a sua visibilidade frente à equipe de saúde. O enfermeiro necessita estar próximo ao cliente, conhecendo as reações, acompanhando a evolução, supervisionando, coordenando e reciclando sua equipe. A percepção do ser enfermeiro quanto a sua visibilidade está inter-relacionada às ações técnicas, pois, ao se antecipar para obter resolubilidade, seu agir torna-se invisível. O enfermeiro quando atua, faz a diferença no ambiente de trabalho, pois a sua dedicação ao cuidado é o foco das suas atividades, as quais devem ser humanizadas e não apenas atreladas à prescrição médica. (D1, D4, D6)

Eu vejo que a gente conseguiu também fazer uma equipe bastante segura nas coisas, no cuidado dentro da UTI. (D1)

Quando atua, faz a diferença, tem espaço, mas não é ocupado. (D4)

Se uma criança está bem cuidada é porque alguém está por trás disso, coordenando as atividades, fazendo treinamentos, reciclando a equipe. (D4)

Ele, o cuidado, deve ser o foco de todas as atividades do enfermeiro e de sua equipe. Não adianta você ter uma prescrição e evolução de enfermagem linda e maravilhosa, mas que não condiz depois com a realidade do dia, aquilo foi algo apenas de papel. (D4)

Me sinto mais visível atendendo, no meu dia-a-dia, estando ali para atender e saber dar uma resposta positiva para mim e para eles. (D6)

Leopardi (1997, p. 66) diz que o cuidado diferencia-se de outras formas de cuidar, justamente por “ser um ato com intenção terapêutica. Assim, o cuidado de enfermagem, além de exigir alta competência técnica, exige compromisso ético dos

agentes”.

Já Crossetti, Arruda, Waldow (1998, p. 158) ressaltam que “em toda situação de cuidado não se pode negar a importância do conhecimento técnico-científico, que, pautado numa estrutura teórica, orienta todo um fazer que expressa a base científica da enfermagem”.

Waldow (1998, p. 146-147) diz que, se o cuidado é realmente importante, ele deve ser reconhecido por toda a equipe, mas a enfermagem, “pelo maior contato com a clientela e por ser formalmente educada para o cuidar profissional, tem a responsabilidade e iniciativa de praticá-lo, de promovê-lo e de torná-lo visível”.

Para o ser enfermeiro, a visibilidade do cuidado está relacionada ao seu modo de cuidar, ao desempenho habilidoso das ações, ao mesmo tempo em que ele necessita da proximidade ao cliente, percebendo, reconhecendo, supervisionando e coordenando suas necessidades.

É possível observar a trama da objetividade e da subjetividade no diálogo do cuidado, pois o ser enfermeiro sente-se visível fazendo, mas percebe que o cuidar oferece uma ação integralizadora, completa e isso faz a diferença.

5 Compreendendo a inter-relação entre saber científico e responsabilidade como forma de suplantar a subalternidade

O ser enfermeiro atribui a subserviência à formação profissional inadequada e à falta de estudos. O conhecimento é reconhecido como fator de empoderamento que facilita suas expressões e sua comunicação com a equipe. Ele explicita que as ações de enfermagem voltadas para o cuidar não se restringem à execução da prescrição. Os discursos dos enfermeiros apontam que a visibilidade está relacionada ao cuidado direto ao cliente, pois os resultados alcançados indicam a qualidade de suas ações e esse agir é reconhecido pela equipe de saúde. (D1, D2, D4)

Eu acho que é justamente do fato de muitos enfermeiros serem mal formados a subserviência, porque até então a gente aprendeu a baixar a cabeça para o médico. (D1)

Mesmo que a gente faça toda aquela coisa do exame físico, a prescrição, a gente não faz

os cuidados em si, ali, voltados para a enfermagem. A gente se volta mais para o cuidado médico. (D2)

Para o enfermeiro ter mais autonomia, ele precisa estudar muito para saber do que você está falando, ter base para estar discutindo e também saber fazer. (D2)

O enfermeiro sabe da importância de ser visível, de a assistência ser visível, de estar atuando, mas não se percebe atuando realmente. (D4)

O não cuidar é, para mim, fator de invisibilidade, porque a qualidade vai piorando e o resultado disso se percebe depois no paciente. (D4)

Souza (2000, p. 92) diz que o poder que emerge da relação enfermeiro-cliente, em que o primeiro não pensa subjugar o segundo, mas permitir que ele seja cliente cidadão, favorece a construção da própria realidade profissional. A autora entende que os instrumentos dessa construção podem ser, dentre outros, “o conhecimento, a competência técnica, a cooperação entre seus membros e uma visão social de seu saber”.

Lima e Pereira (2003, p. 50), numa pesquisa que realizaram com enfermeiros sobre o processo de decisão, concluem que os enfermeiros “tem consciência de que sua decisão é subsidiada por conhecimento científico, capacidade de trabalhar em equipe e capacidade de discernir qual é o seu papel”.

Crossetti, Arruda, Waldow (1998, p. 159) ressaltam que, ao enfermeiro, “é essencial o domínio do conhecimento técnico-científico, para o desempenho seguro e competente de seu saber. Ato visível fácil de ser identificado e conseqüentemente de ser quantificado, ao contrário de qualquer outra ação expressiva difícil de ser notada quando presente, contudo evidente quando ausente”.

Ângelo (1994, p. 13) diz que educadores ao redor do mundo vêm, por meio do ensino, tentando ultrapassar as condições que restringem o poder do enfermeiro. A autora afirma que “o exercício da autonomia e autodeterminação do enfermeiro se dá quando ele domina o conhecimento em seu campo, quando cria conhecimento sobre sua prática e quando usa o conhecimento de maneira apropriada no cuidado de saúde”.

6 Compreendendo a temporalidade do ser enfermeiro no desempenho profissional do cuidado

Compreende-se que o ser enfermeiro, por ter um olhar para o todo da unidade, percebe a falta de tempo para dedicar-se de modo integral a todos os clientes, como algo preocupante.

Salienta o enfermeiro pesquisado que dispor de tempo é fundamental para a concretização das ações de cuidado. A rotina das demandas que circundam o cotidiano da complexidade do cuidado em unidades críticas pediátricas impede-o de realizar o estar-com numa dimensão mais abrangente, pois ocupa o ser enfermeiro em seu tempo de cuidado (D1, D2).

A gente tem uma vida atropelada, tem muita coisa para fazer, muito doente para atender, muita patologia grave, que não nos permitem tempo para fazer as coisas com mais zelo e mais cuidado. (D1)

[...] pois o tempo que a gente tem é restrito e, na hora da emergência, você não pode ir lá e dizer: Olha, vou fazer isso, vou fazer aquilo. Você faz. (D2)

Falta tempo para se dedicar ao doente, o que gera uma certa insatisfação por não conseguir isso. (D2)

Backes *et al* (2003), citando Pires, dizem que, por falta de tempo, muitas vezes, relacionado à defasagem de recursos humanos ou materiais, o cuidado de enfermagem, que deveria ser mais abrangente junto ao paciente, torna-se abreviado. Contudo, “a responsabilidade pelo cuidado direto ao paciente é da enfermagem que, por isso, sofre a pressão da cobrança por parte dos médicos, pacientes, familiares e administração” (p. 409).

Paterson e Zderad (1979, p.65) referem que os enfermeiros expressam com freqüência a opinião de que não têm suficiente tempo para prestar os cuidados que gostariam de oferecer aos clientes, pelo fato de serem muito chamados em seu horário de trabalho, e de nem poderem responder àqueles que lhes dizem: “Você dispõe de um momento?”.

A administração do tempo do enfermeiro é uma forma de cuidar, pois ele

necessita tomar consciência e distinguir as ações prioritárias, urgentes e importantes. 'Prioridade' é uma qualidade do que ou de quem é o primeiro, ao passo que 'urgente' é algo que deve ser feito com rapidez e 'importante' é algo que merece consideração, apreço. A partir dessa abordagem, Puggina (2004, p. 20) enfatiza que “quando essas três coisas se tornam claras em nossa vida, é muito mais fácil administrar o tempo. Pensar, avaliar o valor que certas pessoas, atitudes e metas têm em nossa vida nos torna mais conscientes do que estamos fazendo com o nosso precioso tempo”.

A complexidade do cuidado em UCP conduz o enfermeiro a conviver constantemente com a pressão do tempo, o qual é referido como escasso, restrito, para a execução do cuidado na integralidade.

Cabe ao enfermeiro utilizar-se do pensamento crítico, o qual exige sistematização, organização e reflexão sobre sua prática e, assim, auxilia a priorizar o processo de cuidar, em que o estar-com, olhar, ouvir e tocar tornam-se aliados importantes na utilização do tempo.

Para Paterson e Zderad (1979), o cuidado envolve o tempo cronológico e o vivido, em que um influencia o outro. Os minutos e as horas cronológicas são vividos de modo diferente por cada um, dadas as diferentes formas de ser na situação compartilhada.

O diálogo do enfermeiro desenvolve-se no tempo cronológico, porém, tanto o enfermeiro como o cliente vivem-no sob a ótica do seu próprio tempo interior. É necessária a sincronia nos tempos de cada ser, em que o enfermeiro adapta o seu ritmo ao ritmo do cliente no momento do cuidado.

7 Compreendendo o diálogo vivido na relação do ser enfermeiro com a equipe de saúde

Sob o olhar do ser enfermeiro, o diálogo que acontece com a equipe ajuda na organização das atividades, assim como ajuda nas condições favoráveis de antecipar o cuidado, preparando-o para receber os clientes, quando ocorrem as altas e, ao mesmo tempo, novas interações.

O fato de trabalhar com equipes exige que ele saiba dialogar com cada um, para obter o melhor de todos. Relata que a amizade e a transação intersubjetiva são dimensões importantes para a efetivação do cuidado.

A presença da família com o cliente coloca o enfermeiro em situação de diálogo, para que a própria família seja instrumento colaborador no cuidado, e não apenas alguém que está ali ocupando um espaço. No cenário das unidades críticas pediátricas, o médico muda muito de horário, fato que exige maior sintonia, uma vez que quem mais permanece na unidade é o enfermeiro (D1, D3, D4, D6, D7).

Mas, como enfermeira, eu tenho na verdade um relacionamento bom com todo hospital. Eu percebo isso, quando eu faço plantão no final de semana ou mesmo quando passo nas unidades, percebo que as pessoas se reportam com mais facilidade, fica mais fácil o relacionamento, do que com algumas enfermeiras que são mais novas. (D1)

Ele é quem organiza a unidade e dá as coordenadas do trabalho para a equipe. (D3)

Saber quem vai entrar, sair... É importante que o enfermeiro opine e também se prepare e prepare a equipe para receber outro doente, com antecedência. (D4)

Os turnos também devem ter uma continuidade e nem sempre têm. É difícil uma equipe que esteja totalmente inteirada, onde todo mundo se goste. Então, sempre tem algumas coisas que não dão certo, mas a gente procura continuar o trabalho. (D6)

[...] porque, além de a gente tratar do paciente, a gente convive com uma equipe grande e tem de saber conversar com um por um, porque nem todos são iguais. (D7)

Tem pessoas com que você conversa de uma maneira e ela vai levar [entender] de outra, então tem que conhecer bem a pessoa, para depois emitir uma opinião a respeito. (D7)

Paterson e Zderad (1979), consideram a enfermagem em si mesma uma forma particular de diálogo humano. Elas explicam que as transações intersubjetivas experimentadas pelos enfermeiros e clientes no dia-a-dia do mundo da saúde são diálogos, pois a enfermagem é um modo dialogal de ser em uma situação intersubjetiva.

A compreensão do diálogo entre os componentes da equipe para a efetivação do cuidado pressupõe a humanização e a consideração à essência do ser e o respeito à individualidade que verdadeiramente legitime o humano das pessoas

envolvidas. A equipe que dialoga facilita que a pessoa vulnerabilizada pela doença enfrente de forma positiva os seus desafios.

O cuidar humanizado implica a capacidade de perceber, na diversidade de cada ser, o significado de seu próprio modo de ser, no compartilhar experiências e vivências com a equipe e cliente. Assim, como pontuam Pessini e Bertachini (2004, p. 3), “cada encontro entre profissional agente de atendimento humanizado e o paciente reveste-se de uma tomada de consciência quanto aos valores e princípios norteadores de suas ações, num contexto relacional”.

A relação do enfermeiro com a equipe exige sensibilidade, criando vínculos por meio da relação dialógica, a qual é construída pela confiança no encontro da competência e consciência de responsabilidade ética. A vida humana é relacional e decorrente de experiências e vivências com o outro, uma vez que o encontro exige olhar as diferenças, a universabilidade e a diversidade do ser humano. É nessa dimensão relacional que se estabelece o diálogo profissional para o cuidado, aspecto apontado como de referência, tendo as pessoas como sujeitos da ação.

Nesse sentido, Bettinelli, Waskievicz e Erdmann (2004, p. 91) enfatizam que,

[...] as pessoas deixam de ser o centro das atenções, com facilidades transformadas em objeto do cuidado e fonte de lucro, perdendo sua identidade pessoal e, ficando dependentes e passivas, à espera do poder científico que os profissionais da saúde julgam ter. Isso repercute no ambiente hospitalar, transformando-o num centro tecnológico onde os equipamentos são facilmente reverenciados e adquirem vida, enquanto as pessoas são, por isso, coisificadas.

8 Compreendendo o reconhecimento do trabalho do enfermeiro pelos demais profissionais de saúde e família

O enfermeiro também percebe o reconhecimento da equipe de enfermagem, sentindo que ela fica, por vezes, dependente do trabalho dele, de sua orientação e seu apoio. Sente a mesma realidade na equipe de saúde, quando ela pede a sua presença no momento da visita, para definir a conduta a ser tomada sobre o cliente. Sente que é, no setor, uma referência para as equipes. (D1, D2, D3,

D5, D7).

Eu acho que para qualquer profissional o reconhecimento é importante, é o reconhecimento da família do paciente. (D1)

É obvio que é importante, quando o médico reconhece e quando a equipe reconhece e se percebe. (D1)

Mas o que dá mais satisfação é quando a família do paciente percebe a tua forma de atuar e de atuar junto aos outros profissionais, é o mais importante. (D1)

Mas, por outro lado, trabalhar com criança é mais gratificante, porque a gente vê a resposta da criança no olhar. É diferente do adulto, porque o adulto, se ele for te fazer um elogio, ele vai falar e a criança você vê no rostinho dela a gratificação. (D2)

A equipe, porém, reconhece o trabalho e, às vezes, se torna até dependente da aprovação do enfermeiro para fazer qualquer coisa com o doente. (D2)

A equipe precisa de apoio e de alguém para tirar suas dúvidas, e esse alguém é o enfermeiro. (D3)

[...] pois, até os médicos, assim como a equipe, é dependente do enfermeiro, porque eles querem ele na visita aos doentes, quer seja para perguntar sobre o doente, quer seja para falar sobre a conduta a ser tomada para aquele dia. (D3)

Eu diria também que é uma luta grande da gente para ser visível, especialmente para a equipe multidisciplinar, e, às vezes, até para a instituição que trata diferentes pessoas da mesma categoria. Uns devem cumprir bem o horário, outros não são tão cobrados quanto a isso. (D5)

E também eu sinto que sou uma referência no setor. Um ponto de referência, porque qualquer coisa é a enfermeira, onde que está a enfermeira! (D7)

Eles [médicos], aceitam as minhas opiniões, aceitam bastante. Aceitam, tanto de conduta como alguma outra referente a algum procedimento que eles vão fazer. Eu acho isso bom e gratificante! (D7)

Bettinelli (2002) diz que os enfermeiros desejam ser valorizados pela forma e qualidade dos cuidados prestados aos seus clientes.

Nesse sentido, Mayeroff (1971, p.94), ao falar de gratidão, enfatiza que “o homem se encontra ao encontrar seu lugar, e encontra seu lugar ao encontrar outros que precisam de seu cuidado e de que ele precisa para cuidar. Cuidando e sendo cuidado, o homem se sente parte da natureza; a expressão máxima com uma

pessoa ou uma idéia ocorre quando a ajudamos a crescer”.

A visibilidade do enfermeiro é expressa pela necessidade de sua presença na UCP como mediador, direcionador das ações de cuidado. Sob o olhar do enfermeiro, o profissional de saúde adota uma postura ambivalente, ora de dependência e reconhecimento, ora de desconsideração, o que exige luta constante para manter a visibilidade. A relação de dependência traduz-se pela valorização do ser enfermeiro, pela sua presença, capacidade de julgamento clínico e envolvimento na tomada de decisões.

Nesse processo relacional, constrói-se o ambiente mais humanizado pela compreensão e aceitação de cada ser, de cada agir profissional. As relações humanas são a base do trabalho dos profissionais de saúde, tendo como direcionador a comunicação eficaz. Qualquer falha nesse processo torna-o ineficaz, com inúmeras barreiras e limitações.

9 Compreendendo a relação do enfermeiro com a instituição

Perante a instituição, o entrevistado sente-se cobrado sobre a responsabilidade do patrimônio que está em seu setor de trabalho. Entretanto, para fazer essa atividade e ser responsável por desenvolver e pensar o cuidado, o ser enfermeiro não recebe a valorização financeira de que necessita, tendo, por isso, que trabalhar em outra instituição, o que o leva a ficar cansado e, por vezes, a não passar adequadamente o plantão ao seu colega ou mesmo faltar ao trabalho, aspectos que considera contribuintes à invisibilidade profissional (D4, D5, D6).

As coisas, para entrar e sair do setor, tem de passar por mim, porque eu sou responsável pelo patrimônio da unidade, perante a instituição. (D4)

Algo que, para mim, torna o enfermeiro invisível é o fato de faltar ao serviço, não cumprir bem seus horários, porque ele se torna dispensável. (D5)

[...] receber ou passar um plantão de forma inadequada, com procedimentos por fazer, pode torná-lo invisível, para seus próprios colegas, para a equipe e até para a instituição. (D5)

Minha família me ajuda um pouco, mas o fato de ter de trabalhar em outro emprego me

impede mais. O próprio cansaço e a parte financeira são para mim grandes dificultadores.
(D6)

Lacerda (1998), afirma que um dos fatores do enfermeiro não ter autonomia é que a profissão de enfermagem é predominantemente ligada às instituições, sendo que o fazer, por ser executado por profissionais de vários níveis, acaba se diluindo.

Pereira (2000) diz que muito do que é deixado por fazer na instituição, em cada turno, pode ser, além de um simples esquecimento, uma resistência às imposições e aos controles da instituição, por não valorizar o colaborador como ele gostaria.

A instituição hospitalar, ao movimentar o processo de trabalho, começa pela qualidade humana das relações entre todos os agentes. Nesse contexto de convivência, os aspectos que delineiam a invisibilidade estão relacionados às questões objetivas, que impedem a relação ética e solidária, a exemplo do absenteísmo, descumprimento de horários, baixos salários, vários empregos, fadiga pessoal, imperícia técnica.

O cuidado invisível está ligado à rigidez da impessoalidade, à pouca demonstração de sensibilidade entre as pessoas desse ambiente de relações.

As condições de trabalho são essenciais ao cuidado de si e ao cuidado do outro. Refletir sobre as faltas, cansaços, aspectos financeiros torna-se essencial para preservação e manutenção de interações saudáveis entre enfermeiro e instituição.

A humanização das relações de cuidado poderá tornar-se realidade, quando o contexto institucional incorporar a atitude de humanidade e valorizar a dimensão humana de cada trabalhador envolvido no ato de cuidar.

10 Compreendendo o humanismo profissional do enfermeiro como aspecto de repercussão sobre os demais membros da equipe, família e paciente

Ser um profissional humanizado, no pensamento dos sujeitos, não é difícil

e nem exige que se realize um cuidado complexo para o cliente, pois um simples toque, um pouco de atenção, muitas vezes, é o suficiente para transmitir apoio e segurança. Tal pensamento confirma-se, quando o próprio cliente gosta de que o enfermeiro se aproxime dele para fazer um procedimento ou mesmo falar.

Quando, na equipe, todos buscam trabalhar da mesma maneira, dão ao cliente maior segurança, o que torna mais humano e menos estressante o momento da hospitalização. Cabe ao enfermeiro organizar o trabalho de cada um, mantendo um bom relacionamento entre todas as equipes, para que elas desenvolvam o trabalho de forma humanizada e com padrão de qualidade que satisfaça o cliente.

Na atividade de cuidar, o enfermeiro sente-se melhor gratificado, quando desenvolve as ações cuidativas em crianças, porque elas retribuem com um sorriso e seu modo de ser difere das expressões verbais do adulto. (D2, D3, D4, D5)

Às vezes, você pensa que o cuidado é uma coisa grande, mas uma pequena coisa que você fez, um toque, para ela, já é o bastante. Mas, às vezes, a gente até esquece disso. (D2)

Temos a mãe acompanhante e pacientes adolescentes e doadores adultos. Então, temos de trabalhar como uma equipe, todos da mesma maneira, para que o serviço da unidade tenha uma continuidade. (D3)

O enfermeiro precisa estar ciente da importância da sua participação na equipe multiprofissional e do papel que exerce nela. Ele deve ter em mente que o objetivo maior é o ser humano que está necessitando dos cuidados dessa equipe.

Cada um na equipe deve exercer o seu papel. (D4)

Eu considero como um fator de visibilidade a assistência ao paciente. (D4)

Eu acho que o enfermeiro é bem eficiente, quando ele se torna invisível no setor, isto é, ele pode estar ou não que o cliente é bem atendido. (D5)

Souza (2000) considera que a enfermagem, no espaço hospitalar, convive hierarquicamente com outras categorias e submete-se a algumas, ao mesmo tempo em que influencia as decisões tomadas naquele universo, de certo modo, sendo também influenciada.

Segundo Paterson e Zderad (1979), para que o enfermeiro ofereça a outros uma presença genuína, é preciso que exista nele a convicção de que tal presença é valiosa e produzirá uma mudança na situação encontrada ou vivenciada.

O trabalho em equipe em UCP é multi-relacional, em que são aliadas as dimensões do *self* do ser enfermeiro ao ser profissional enfermeiro e ao ser enfermeiro na convivência coletiva. Essas três dimensões fazem a verdadeira essência do trabalho do enfermeiro tornar-se visível, por meio da articulação entre competência, relação dialógica, presença, habilidades técnicas, conhecimento e humanidade.

6.4 SÍNTESE DAS CATEGORIAS CONVERGENTES DA EQUIPE DE SAÚDE

Da mesma forma em que foi processada a análise fenomenológica com os enfermeiros, estabeleceu-se a análise com a equipe de saúde. Para a análise dos depoimentos da equipe de saúde reuniram-se todos os discursos sem distinção de qual profissional estava se expressando, pois, o objetivo da análise não era desvelar o 'quem', mas 'o que' cada sujeito expressava. Este olhar fez com que a análise se realizasse livre de pré-conceitos e deixasse fluir a essência do fenômeno pesquisado de desvelar a (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro.

QUADRO 3 – CATEGORIAS CONVERGENTES E UNIDADES DE SIGNIFICADO

Categorias convergentes na compreensão da pesquisadora	Unidades de significação das descrições dos sujeitos
a) A convivência da equipe de saúde no cotidiano de cuidado do enfermeiro	1. Compreendendo a amplitude das ações de cuidado que o enfermeiro executa. 2. Compreendendo a dialogicidade como fundamento para as relações de humanidade entre enfermeiro e equipe. 3. Compreendendo o cotidiano do cuidado do enfermeiro como instrumento de aprimoramento da equipe de enfermagem.
b) A visão da equipe de saúde sobre a (in)visibilidade do enfermeiro	4. Compreendendo as dimensões de experiência, segurança e conhecimento como fatores de visibilidade do enfermeiro. 5. Compreendendo a presença do enfermeiro na unidade, como fator influenciador da visibilidade. 6. Compreendendo a importância da habilidade técnica no cuidado. 7. Compreendendo a interação do enfermeiro com o cliente e a família.

c) A repercussão do agir profissional do enfermeiro no agir profissional da equipe de saúde	8. Compreendendo o ser enfermeiro como indispensável na realização das ações de cuidado em UCP. 9. Compreendendo a expressão da equipe de saúde sobre os aspectos contribuintes da invisibilidade. 10. Compreendendo a humanização e o compromisso do enfermeiro como tendo ressonância na equipe.
--	--

1 **Compreendendo a amplitude das ações de cuidado que o enfermeiro executa**

Na ótica dos profissionais de saúde, no que tange à amplitude das ações de cuidado que o enfermeiro executa, é possível apreender a valoração, o respeito e a importância atribuídos ao enfermeiro, ao mesmo tempo em que se enfatiza o seu papel de mediador de relações, aquele que atua em situações complexas, com largueza de visão e detém conhecimentos para o desempenho técnico.

É o enfermeiro quem recebe o paciente, especialmente no pós-operatório e depois passa para nós. (D8)

Primeiro, assim: há menos perda de acesso venoso, porque o enfermeiro sempre vem checando os acessos, há menos perda de sondas, tanto enteral, quanto vesical. (D10)

E eu considero [o enfermeiro] uma pessoa importante dentro do trabalho que é desenvolvido na unidade de terapia intensiva. (D12)

Sem a enfermagem, a unidade não existe, não há como. (D13)

O enfermeiro costuma centrar seu trabalho no cliente, o que gera maior serviço, e pode também focar a família, que precisa de certos tipos de apoio. O seu trabalho, segundo Lopes (1995, p. 181), resume-se em “observar, mobilizar, punccionar, medicar, aspirar, alimentar, higienizar, transportar, anotar, evoluir, prescrever, estimular, conversar, ouvir, falar, interagir, agir e relatar, enfim, construir o cuidado enquanto conduta terapêutica”.

É enfatizado o trabalho do enfermeiro como sendo árduo, exigindo agilidade, habilidades precisas, proximidade do cliente e da família, bem como a presença constante do enfermeiro na unidade. É possível destacar a significação

expressa pelos profissionais de saúde sobre o enfermeiro como um ser que agrega à sua prática o cuidado integral, pois cabe a ele o conhecimento apurado de todos os clientes sob sua responsabilidade.

Porém, ele sabe tudo de todos os pacientes, quanto a patologia, medicação e o que precisa ser feito. (D8)

Eu acredito que o trabalho do enfermeiro seja o mais árduo dentro da unidade. (D13)

É ele que tem todo desenrolar de uma situação, porque na realidade são eles que percebem toda e qualquer alteração com uma criança que não tem uma evolução adequada. (D13)

O enfermeiro necessita ser profissional, expandir seu lado pessoal e humano e principalmente, ser questionador. Há referência pelos profissionais de saúde de que as ações de cuidado realizadas pelo enfermeiro não diferem dos demais membros da equipe de enfermagem, pois quem mais se faz presente são os auxiliares de enfermagem, uma vez que o enfermeiro está sempre muito ocupado.

Quanto ao desenvolvimento das técnicas em si, praticamente não vejo diferença entre o nosso trabalho e o dele, procuramos trabalhar integrados. (D8)

Até para os grupos de apoio [o cuidado com o cuidador], quem mais se faz presente são os auxiliares, os enfermeiros se dizem sempre muito ocupados. (D15)

Os enfermeiros, porém, devem saber o quanto precisam ser profissionais e o quanto podem expandir o seu lado pessoal e humano, sem se sentir constrangidos por isso. (D15)

O ser enfermeiro está no mundo com o outro, em coexistência, por meio do relacionamento autêntico, pois se apresenta como pessoa e profissional. Esse relacionamento autêntico, referido por Paterson e Zderad (1979), se estabelece na dialogicidade com o outro, possibilitando que se apreenda como realmente o outro é. Pressupõe uma relação inter-humana e intersubjetiva entre enfermeiro, cliente, família e equipe de saúde, por meio do relacionar-se, do estar aí.

Na unidade de cuidados intensivos pediátricos, ele vivencia experiências profissionais e pessoais, pois o enfermeiro não representa apenas o corpo físico, é

presença no encontro de cuidado. Cada pessoa tem as suas singularidades para o agir multiprofissional, em que cada ser compartilha com o outro seu potencial para o bem-estar e estar-melhor.

Nesse sentido, a forma como o enfermeiro é percebido pela equipe de saúde é diversificada, a partir do referencial de vida e profissional que rege cada elemento da equipe, destacando-se a hierarquia como uma pirâmide, em que o topo não é ocupado pelo enfermeiro e sim pelo médico. O enfermeiro, como ser de relações, atua como 'algodão entre cristais' na relação EU-TU, isto é, se comporta como conciliador entre os diferentes pólos relacionais da equipe. Relações estas, tão enfatizadas por Paterson e Zderad (1979), que se referem a ela como uma autêntica transação intersubjetiva afetiva e conflituosa.

O enfermeiro, principalmente o chefe, fica numa posição de 'algodão entre os cristais', entre os plantonistas e o médico da especialidade. (D14)

2 Compreendendo a dialogicidade como fundamento para as relações de humanidade entre enfermeiro e equipe

Apreende-se do discurso dos profissionais de saúde que a dialogicidade torna-se o fundamento para as relações de humanidade entre enfermeiro e equipe. No dizer desses profissionais, a dimensão mais enfatizada é a da comunicação, em que o enfermeiro é visibilizado pela sua capacidade de conversa, diálogo e escuta.

O enfermeiro na minha unidade tem uma visão muito boa e colabora bastante, especialmente na comunicação com o médico. (D8)

Assim como a enfermagem procura o enfermeiro, assim também o médico se reporta a ele para falar as alterações feitas para os pacientes. (D8)

Aquele enfermeiro que detecta precocemente as alterações e comunica o médico ajuda para que a criança possa recuperar-se mais rapidamente ou não sofrer as conseqüências de uma conduta demorada, que pode causar mais danos do que os já existentes, é por nós visibilizado. (D11)

Pode ser um ótimo enfermeiro ou outro profissional, mas, se não tiver o mínimo de escuta, não terá muito valor para a manutenção da relação. (D15)

Outro aspecto salientado é o sentido de relacionamento em que o

enfermeiro atua, que, respeitando o trabalho do outro, configura-se como agir interdisciplinar.

Eu vejo uma relação positiva, com raras exceções. Isso até por conta de que cada pessoa é uma pessoa e as reações acabam se diferenciando. (D16)

De um modo geral, existe o respeito pelo trabalho um do outro. Solicitam a ajuda, existe o trabalho interdisciplinar. (D16)

O meu serviço com o do enfermeiro e sua equipe, para ter resultado positivo, precisa de colaboração e parceria. (D17)

Há referência, nessa categoria de relações de humanidade e ambigüidade, pois, ao mesmo tempo em que o enfermeiro se apresenta solidário à dor alheia, ele não se permite sofrer, e esse comportamento reflete-se nas relações de toda a equipe e do cliente, apesar de ter sido citado que o enfermeiro é muito sensível, tornando seus atributos humanos visíveis.

O enfermeiro é muito mais sensível do que o médico, para os desejos do cliente, o lado humano é mais visível neles. (D14)

O que eu percebo é que os enfermeiros não se permitem sofrer. E isso acaba se refletindo como um sintoma na relação com o paciente, com a equipe de auxiliares e com o médico. (D15)

A relação entre a equipe e o enfermeiro é apontada, ainda, como necessitando de aprimoramento, maior efetividade e troca de informações. A própria equipe de saúde percebe que as informações verbais são mais valorizadas do que aquelas escritas, uma vez que as anotações do enfermeiro apenas são lidas pelo médico diante de algum problema.

O médico não lê as anotações do enfermeiro, ele só olha os dados vitais do paciente. Só lemos as anotações e evoluções do enfermeiro quando temos algum problema. Caso contrário, não. As informações verbais são mais importantes. Talvez, porque existe coesão entre a equipe, se assim não fosse, é possível que o papel seria mais importante. (D13)

Se há uma boa comunicação e clareza nela, os sintomas das relações tendem a ser

melhores em todos os sentidos. (D15)

Dentro de uma UTI, eu acho que a equipe interdisciplinar do paciente deveria ter uma relação mais efetiva, não haver trocas de informações de alto nível só entre médicos ou entre enfermeiros, mas todos, trocando tudo para o bem do cliente. Hoje se fala muito nesse sentido, mas se faz pouco. (D17)

A dialogicidade como fundamento para as relações de humanidade entre enfermeiro e equipe está demonstrada na reflexão e negociação sobre os meios e os fins do cuidado à saúde, privilegiando a emancipação humana como horizonte ético.

O cuidado torna-se atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, apoiado na tecnologia, sem deixar resumir-se a ela. Nesse sentido, cabem as palavras de Ayres *et al*, citadas por Ayres (2000, p. 120):

Mais que uma ação tecnológica, uma equação meio-fins... o significado e finalidades da intervenção passam a se apoiar não tanto no estado de saúde visado de antemão, nem somente nas formas como se busca alcançá-lo, mas sim na experiência que une o conteúdo da primeira ao movimento da segunda. O cuidado é essa atividade realizadora, na qual caminho e chegada se engendram mutuamente.

Paterson e Zderad (1979) enfatizam que, para haver a inter-relação, é essencial a responsabilidade e a reciprocidade no reconhecimento da existência de cada um. Nas relações e interações do enfermeiro e da equipe para a realização do cuidado, há necessidade de mutualidade, trabalho compartilhado, vivenciado. A relação dialógica é uma postura interna de voltar-se ao outro, em que a reciprocidade e autenticidade são elementos básicos.

3 Compreendendo o cotidiano do cuidado do enfermeiro como instrumento de aprimoramento da equipe de enfermagem

Evidencia-se, nos depoimentos dos profissionais de saúde, que o cotidiano do cuidado do enfermeiro contribui no aprimoramento da equipe de enfermagem. Os sujeitos apontam, como exigências ao cuidado desempenhado pelo enfermeiro, que ele deve trabalhar junto e não apenas mandar, ter segurança, repassar conhecimentos básicos à equipe de enfermagem, ter humildade e estar aberto para

aceitar as opiniões da equipe e não demonstrar medo.

Eu acho que outra coisa para isso é o enfermeiro trabalhar e não mandar! Trabalhando junto, ao nosso lado, ensinando, explicando as coisas que a gente também não sabe. Isso aí torna o enfermeiro bastante visível. (D9)

Ele não deve ter medo de expor sua opinião, mas deve estar aberto para aceitar aquela da maioria do grupo. (D14)

Agora, parece que estamos vivendo novamente um tempo de maior comprometimento dos enfermeiros com o paciente e a equipe em geral. (D16)

A enfermagem ajuda-se muito diante das dificuldades no desempenho profissional, e seu modo de atuar influencia e motiva a equipe.

A parte técnica aquele elemento novo da equipe de enfermagem aprende logo, mas a nossa aceitação dele é lenta, não queremos que ele cuide da criança grave, até ganhar confiança nele. Porém, a enfermagem se ajuda muito, para superar essas dificuldades e ir pegando devagar os casos mais complexos. (D13)

A forma de trabalhar certinho deles me motiva a fazer também o meu serviço dessa forma, dentro da unidade. (D18)

4 Compreendendo as dimensões de experiência, segurança e conhecimento como fatores de visibilidade do enfermeiro

Os profissionais de saúde apontam a visibilidade do enfermeiro relacionada à segurança, insegurança, possibilidades de enganos, ao conhecimento, à experiência adquirida pelo tempo de trabalho, à presença constante, às formas de relacionar-se com a equipe, ao domínio de cada caso.

Eu acho que é visível e que qualquer pessoa da equipe pode identificar o trabalho deles, porque o próprio enfermeiro demonstra isso, quando mostra segurança ou insegurança naquilo que faz. (D9)

Eu acho que a experiência é algo que ajuda na visibilidade do enfermeiro, perante sua equipe e toda a equipe. (D9)

Eu acho que o conhecimento, a experiência e a segurança que ele passa são fatores que ajudam o enfermeiro a ser mais bem visto dentro da equipe. (D9)

O enfermeiro é uma segurança!, porque seu trabalho não se compara ao nível técnico, mesmo o nível das informações que são passadas tem outra qualidade. (D10)

Se [o enfermeiro] sabe que medicação[o cliente] está usando, talvez não saiba nem os nomes, que mantinha certa saturação e que agora está com uma saturação tal, sabe, os aspectos básico, dados vitais, o fato que o torna visível é o quanto que ele sabe[informar] de cada criança. (D10)

Eu penso que a visibilidade está fundamentada no tempo de experiência que o profissional tem. (D11)

A visibilidade do enfermeiro está relacionada ainda às anotações em que registra a evolução, denotando conhecimento para o julgamento e tomada de decisão. Esses atributos estão relacionados ao cuidado de forma integral à cada criança, contribuindo também para as decisões médicas.

Para a equipe de saúde, o enfermeiro necessita ser questionador, fazer sugestões, argumentar, bem como ter habilidades e responsabilidade. Para a visibilidade estar evidente, os sujeitos explicitam a capacidade de julgamento clínico rápido para, então, mobilizar a equipe de enfermagem para o cuidado de cada criança.

Para Lopes (1995), a visibilidade do cuidar constrói-se na complexidade do ser cuidado e nos registros criteriosos, tanto falados quanto escritos, que a equipe faz do cuidado realizado.

Para mim, o questionamento é importante, o conhecimento é importante a experiência é importante. Aquele enfermeiro que escreve, faz uma boa evolução é importante também para a tomada correta de decisões pelo médico, porque ambos fazem um corpo a corpo na unidade. (D11)

Aqueles que têm habilidades, responsabilidades, são questionadores, ajudam, estão por perto, fazem sugestões, são visíveis. (D12)

Eu acredito que um trabalho por vezes invisível se torna mais visível aos nossos olhos, porque o enfermeiro, em um tempo curto, tem que avaliar a criança e nos avisar. (D13)

[...] aquele enfermeiro que se impõe mais, se determina mais, se mostra mais, que defende as suas idéias, dá mais trabalho para a equipe, ele aparece mais também. (D14)

A unidade crítica pediátrica é espaço que exige cooperação, pois a gravidade e a complexidade das crianças necessita da tomada de decisão imediata. Do enfermeiro é exigido um comportamento de cuidado ideal, pois lhe incutem a

confiança de que, de forma eficiente e rápida, consegue auxiliar a salvar todas as vidas. Nesse sentido, o enfermeiro, perante a equipe de enfermagem e de saúde, assume postura de gerente, ao mesmo tempo em que coordena, coloca em ação suas potencialidades, para o trabalho em equipe ser bem sucedido.

Nós sempre queremos as pessoas experientes, as pessoas de confiança, porque o trabalho da enfermagem é cem por cento. (D13)

Por ser esse um lugar de referência, exige que os profissionais sejam capacitados para detectar precocemente as intercorrências. (D13)

É possível apreender uma ambivalência sobre a percepção da visibilidade do enfermeiro pela equipe de saúde, pois ela aponta que, para atuar no ambiente de UTI diante de tanta tecnologia, o enfermeiro tem de ser frio e seu lado humano, abafado. Esse modo de ser percebido é atribuído como defesa para melhor suportar as exigências da unidade de cuidado intensivo. Por outro lado, há referência que a visibilidade está inter-relacionada ao trabalho com humanização, qualidade para o bem-estar e estar-melhor do cliente.

Com tanta tecnologia, tudo tem que ser muito medido, calculado e frio, e o lado humano tem que ficar abafado. (D14)

A meu ver, são todas defesas, para poder agüentar ficar no ambiente da UTI. Quanto mais tempo, mais defesas. (D15)

Eu acho que trabalhar com humanização, fazer um trabalho de qualidade e buscar constantemente o conhecimento, o saber, a atualização das técnicas e tecnologias levam, sem sombra de dúvida, à visibilização do enfermeiro, porque ele está sempre buscando crescimento, melhoria, para servir melhor. (D17)

A visibilidade do enfermeiro é salientada como em crescimento e desponta, principalmente, pelo empenho, pela iniciativa, pelo cuidado, pela competência e pela pesquisa que ele desenvolve.

Eu penso também que a minha profissão e do enfermeiro já foram muito rebaixadas, mas hoje parece que isso está mudando e a figura desse profissional já começa a despontar, quer seja pelo cuidado, pelo empenho ou pela pesquisa, que vai embasando a prática. (D17)

Mas o que mais me chama atenção é a iniciativa e a competência [do enfermeiro]. (D19)

Em uma pesquisa, para obter a compreensão das representações dos trabalhadores de enfermagem acerca do trabalho em equipe em UTI, Shimizu e Ciampone (2004) concluem que há necessidade de criar espaços institucionais que proporcionem maior interação entre os membros da equipe, em que eles possam verbalizar seus sentimentos.

Essas descobertas aproximam-se dos discursos expressos pelos profissionais de saúde deste estudo, em que os grupos, para terem uma identidade autêntica e estável em áreas críticas de cuidado, suscitam comportamentos e sentimentos diversos, bem como lutam constantemente para fortalecer a convivência.

Para Paterson e Zderad (1979), a enfermagem é um evento inter-humano. Cada vez que se realiza um ato de cuidar, dois ou mais seres relacionam-se e uma situação é compartilhada. Todos os participantes integram-se em uma transação intersubjetiva, dimensão essencial do cuidar, é uma qualidade do ser expressa no fazer. As autoras complementam ainda que o ser e o fazer estão inter-relacionados tão intimamente, que é difícil existir um sem o outro. Entretanto, em muitas situações, sobressai o fazer mediante as técnicas ou os procedimentos, e resulta em que os atos observáveis se percebem e se expressam com maior facilidade.

A presença do enfermeiro e o efeito da presença são vivenciados e, portanto, de difícil descrição.

A reflexão a partir das idéias de Paterson e Zderad (1979) sedimenta-se nas expressões dos sujeitos, em que afirmam que do enfermeiro é exigido um cuidado ideal, permeado pelas dimensões expressivas e instrumentais, com vistas ao cuidado efetivo, integral, humano e de qualidade.

Nesse sentido, Mandu (2004, p. 666) enfatiza que “mudanças na atenção dependem de novos arranjos tecnológicos entre instrumentos, saberes e relações dos sujeitos envolvidos no ato de cuidar, repensados/recriados em articulação com os demais componentes implicados no trabalho”. É premente a necessidade de recriação de tecnologias relacionais, destacando-se a intersubjetividade nos

encontros de cuidado em que as experiências são vividas por pessoas que permitem um olhar e fazer mais aproximados dos sujeitos e de seus processos.

5 Compreendendo a presença do enfermeiro na unidade, como fator influenciador da visibilidade

As expressões dos profissionais de saúde demonstram a compreensão da presença atuante do enfermeiro na unidade como fator que auxilia para a sua maior visibilidade. Eles estabelecem como aspectos relacionados à presença o auxílio no desenvolvimento das ações, a tomada de decisão, o conhecimento sobre cada criança para compartilhar com a equipe, o tempo de permanência na unidade, as relações com a família do cliente e a antecipação das ações necessárias a determinado procedimento.

O enfermeiro ajuda muito na unidade. (D8)

Já os médicos gostam daquele enfermeiro que está com eles nos plantões e aí mesmo vai tomando as decisões das coisas que precisam ser feitas para as crianças doentes. Eles gostam de alguém que assume junto. (D9)

Ter esse profissional dentro da equipe é importante, porque enquanto o médico atende o paciente, o enfermeiro vai providenciando as outras coisas necessárias ao bom atendimento, como respirador, drogas, exames e contatos com outras áreas do hospital. (D12)

As enfermeiras e sua equipe ficam muito tempo com o paciente. (D14)

Aqui no hospital, o enfermeiro não dá o parecer médico, mas é o enfermeiro que está o dia inteiro com a mãe ali na UTI, e a mãe tem muito mais acesso para falar com o enfermeiro do que com o médico. (D14)

A presença do enfermeiro é destacada pela qualidade do cuidado que ele presta, a qual vem se visibilizando pelo reconhecimento e contato crescentes na instituição hospitalar, cenário deste estudo.

Na minha experiência, eu posso dizer o seguinte, quando a gente começou a trabalhar aqui, a gente tinha muito pouco contato com o enfermeiro. (D12)

Então, eu acho que é uma pessoa de muita importância dentro do hospital. Eu acho que, dentro do hospital, esse é um trabalho que vem sendo reconhecido e requisitado. (D12)

Existe uma passagem de plantão de médico pra médico e outra de enfermeiro para

enfermeiro. A minha opinião é que o enfermeiro fizesse parte daquela do médico também, uma vez que a psicóloga e o fisioterapeuta estão. Como existe um intervalo entre elas, é possível a participação, até porque o plantão do enfermeiro e da enfermagem é feito na beira do leito e a nossa não, para diminuir ruídos e poder discutir os casos mais longe dos pais. Eu acho que a presença do enfermeiro na passagem do plantão é importante porque ele adianta para nós muitas coisas nas marcações dos exames. (D13)

Eu penso que sim, pois sempre que eu vejo qualquer tipo de situação, eu geralmente penso que, se ela estivesse ali, seria diferente. (D19)

Há referência, ainda, a que a sua presença representa muito trabalho e de pouca valorização, o que lhe imputa menor visibilidade. Os sujeitos consideram o número reduzido de enfermeiros na unidade um obstáculo ao trabalho da equipe, uma vez que os enfermeiros assumem atividades de gerência, distanciando-se do cliente e das ações diretas de cuidado.

Eu sempre tive bons olhos para o enfermeiro. Acho que ele trabalha muito e é pouco reconhecido e valorizado. (D13)

Por conta desse seu papel, ele fica menos visibilizado, por que não está bem localizado em nenhuma das equipes. (D15)

Porém, como existe um enfermeiro por turno e um que é chefe, às vezes, esse um acaba emperrando o trabalho dos demais, pela falta de delegação e até de presença mais constante. (D16)

Paterson e Zderad (1979) explicitam que, no dia-a-dia de trabalho, o enfermeiro experiencia diferentes níveis de intersubjetividade, desde o nível mais baixo, ao ser considerado uma função ou objeto, até o outro extremo, em que é reconhecido como presença ou como o TU no diálogo genuíno. As autoras enfatizam, ainda, que a simples proximidade do cliente ou da equipe não garante a intersubjetividade genuína, aquela em que ele se relaciona com a outra pessoa como presença. É necessário estar atento a qualquer solicitação do cliente ou da equipe, percebendo os temores, apelos, suas manifestações, para, então, em uma atitude de solidariedade, realizar a mediação no encontro.

Para que ocorra o diálogo genuíno entre o enfermeiro e a equipe, deve haver abertura, receptividade, disposição e acessibilidade. A pessoa acessível ou

aberta manifesta-se como presença. As ações visíveis não significam necessariamente presença, pois ela não pode demonstrar-se, porém, pode revelar-se em um olhar, no contato, no timbre de voz. A presença implica reciprocidade, presença dialógica dirigida a ajudar.

Para Paterson e Zderad (1979) a presença tem uma qualidade diferente de intimidade. A presença não se experimenta como menos intensa ou menos profunda, mas como algo que é influenciado pelo sentido de responsabilidade e respeito, como um fluxo entre duas pessoas com diferentes modos de ser na situação compartilhada.

A presença do enfermeiro na unidade crítica pediátrica, no dizer dos profissionais de saúde, destaca-se pela qualidade do cuidado prestado, assim, sua presença não é apenas física, mas está relacionada à sua conduta. O corpo é parte integrante do enfermeiro, mas a conduta é uma expressão de sua forma de existência, sua forma de ser no mundo.

6 Compreendendo a importância da habilidade técnica no cuidado

A habilidade técnica do enfermeiro para executar o cuidado é percebida pelos profissionais de saúde como importante, a qual é efetivada de forma intensa, sofisticada, competente, estando inter-relacionada às qualificações profissionais de ser ativo e observador.

O enfermeiro, ao cuidar e utilizar suas habilidades técnicas, torna o trabalho da equipe facilitado e tranquilo, pois consegue, ao mesmo tempo, manejar com destreza os equipamentos e perceber a criança na unidade crítica pediátrica de forma integral, comparada ao malabarismo, isto é a capacidade de desenvolver várias atividades ao mesmo tempo.

Pessoas ativas, observadoras e atuantes que ajudem prevenir complicações dentro da unidade, isto é, profissionais que atuem na prevenção, pessoas que chequem pessoas, aparelhos, alarmes, para que tudo esteja funcionando. (D12)

Se ele cuida bem, o médico fica mais tranquilo para pensar nas condutas que deve tomar. Se não o faz, gera muita insegurança e preocupação. Uma informação errada gera de nossa parte um raciocínio errado também. (D13)

O contato que eu tenho com os enfermeiros e auxiliares dentro das UTIs é vendo que este trabalho é sempre intensivo, cuidam de crianças sempre graves, quando melhoram, saem de lá. (D14)

Eu penso que é um malabarismo o que eles fazem. (D14)

E na UTI eu já vejo que esse corpo a corpo está mais com as auxiliares e a parte técnica mais sofisticada, está com o enfermeiro “padrão”. (D15)

Há referência à posição da técnica acima das dimensões relacionais. O desempenho técnico é visibilizado pela ocupação do enfermeiro na unidade crítica pediátrica, o qual é diferente do trabalho exigido nas enfermarias.

Muitas vezes, os enfermeiros não concordam com tanta restrição alimentar, e isso faz com que elas sofram, mas elas precisam priorizar o lado profissional e técnico, não consideram o lado pessoal delas. (D14)

Eu vejo uma diferença entre o enfermeiro que atua na enfermaria e aquele que trabalha na UTI. (D15)

Esses estão sempre muito ocupados, mas naquilo que se refere à técnica. (D15)

É, eu vejo que essa segurança existe sim, especialmente nas mais antigas, mas de uma forma muito técnica. (D15)

Até a maneira de se relacionar é uma maneira muito técnica. (D15)

Os sujeitos consideram que o cuidado desempenhado pelo enfermeiro, para ser percebido, necessita apenas ser realizado com competência, a qual está intimamente relacionada à experiência de cada profissional. É importante salientar que o enfermeiro inexperiente no trabalho não deve temer exteriorizar o medo e a vergonha de não dominar determinadas técnicas, principalmente, relacionadas ao cuidado complexo na unidade crítica pediátrica.

Eu também acho que a pessoa competente no seu trabalho, nem precisa fazer muito barulho para aparecer. As consequências dele vão acabar aparecendo. (D15)

[...] porque é o cuidado que você tem que ter, sempre em contato com o paciente. É um trabalho que aparece, porque você está manuseando, alimentando, fazendo medicação. (D17)

Quando entra um enfermeiro novo, eu procuro ajudar naquilo que me compete, porque eu sei o que é ser novo num lugar complexo. (D17)

Mas eu sinto assim, que, quando o enfermeiro é novo, ele tem medo e vergonha de dizer que não sabe, e isso aí anula o próprio profissional. (D17)

Os profissionais de saúde apontam a técnica que se sobrepõe na forma de cuidar, mas é possível apreender, ao mesmo tempo, a expressão do caráter de humanidade que o enfermeiro tem como característica própria, ao executar o cuidado. Esse modo de atuar é atribuído ao tempo de permanência ao lado do cliente, o que lhe possibilita conhecer além da técnica, ou seja, compreender o outro em sua inteireza.

Até a dor do paciente é vista de forma diferente pelo enfermeiro do que pelo médico, porque ele vê constantemente o doente, coisa que o médico não faz. (D13)

Existe, no seu olhar, alguma diferença entre os enfermeiros? Penso que sempre existe alguma, pelo jeito pessoal de cada um. (D19)

Ao comparar o agir profissional do enfermeiro ao do auxiliar de enfermagem, o trabalho equipara-se sob a ótica dos profissionais de saúde, bem como consideram primordial a ajuda mútua para o bem-estar e estar-melhor do cliente.

Tanto para mim quanto para as crianças, essa ajuda mútua é muito importante, porque se consegue detectar quais são as prioridades para o bem-estar dos pacientes. (D16)

Lá não existe um que sobressaia ao outro. Contudo, cada um mostra a sua característica dentro do grupo. (D18)

Durante a assistência, não vejo diferença entre o auxiliar e o enfermeiro, por que ambos são competentes. (D19)

Compreender as expressões dos profissionais de saúde exige elementos reflexivos voltados à imagem de tecnicismo do cuidado realizado pelo enfermeiro. Há premência de transformação da lógica predominante no setor de saúde, tendo em vista a superação do impacto tecnológico na base da atenção.

O cuidado ultrapassa recortes prévios e limitados impostos pela

perspectiva técnica. O cuidado está aberto à percepção e absorção das necessidades do cliente, distancia-se da homogeneização, pois considera a diversidade de condições, experiências e contextos de intersubjetividade que inclui crenças, valores, conhecimentos, desejos, temores.

Nesse sentido, Mandu (2004) salienta que os saberes utilizados na prática profissional em saúde compõem-se de fundamentos das ciências biomédicas e da epidemiologia clínica, sustentados pela visão da questão doença, relegando contextos de vida e processos psicoculturais singulares dos sujeitos. A autora enfatiza ainda que “a sabedoria prática, não regulatória (traçada *a priori* como procedimento sistemático e universal prévio ao ato de interação), que tenha a emancipação como intenção ética, pode ampliar e qualificar o cuidado em saúde” (p. 667).

Paterson e Zderad (1979) estabelecem que o ser e fazer estão inter-relacionados tão intimamente, que é difícil falar de um sem o outro. A enfermagem centra-se principalmente e, às vezes, exclusivamente, no aspecto do fazer do processo, nas técnicas ou nos procedimentos. As autoras reafirmam que os atos observáveis percebem-se e expressam-se com maior facilidade, pois são passíveis de mensuração.

O ser em enfermagem é uma experiência inter-humana, difícil de medir, uma vez que a presença do enfermeiro é vivenciada e não pode ser descrita. Paterson e Zderad (1979) complementam, aludindo a que tudo o que o enfermeiro faz está matizado pelo caráter de estar na situação. A presença ativa do enfermeiro no ato de cuidar implica o fazer, porém o estar com sobressai, tem sentido mais amplo, por centrar a atenção no cliente.

Paterson e Zderad (1979, p. 33) salientam que “seja o ato de cuidar verbal ou manual, ou ambos, um olhar silencioso ou uma presença física, está implicado certo grau de intersubjetividade que garante o reconhecimento”.

7 Compreendendo a interação do enfermeiro com o cliente e a família

A interação do enfermeiro com o cliente e a família é apontada pelos profissionais de saúde como potencializadora de sua visibilidade. Os enfermeiros, por serem considerados agentes de proximidade entre a vida e a história dos clientes e sua família, devem perceber os limites na trajetória profissional, para evitar sofrimentos e frustrações. Nesse sentido, há referência a que o enfermeiro se apegue ao tecnicismo, evitando assim dar vazão aos sentimentos e às subjetividades.

Então, para elas trabalharem tecnicamente com esse paciente, respeitando a prescrição médica, não gratificando o paciente com as guloseimas que eles pedem, geralmente, elas precisam se firmar muito no lado técnico e não prestar atenção nos sentimentos, na subjetividade, no que aquilo pega para elas. (D14)

O enfermeiro deve tentar perceber que há limites, para não sofrer sérias frustrações na sua trajetória de trabalho, até porque eles são, dentro da equipe, agentes muito próximos da vida e da história tanto do paciente como de sua família. (D15)

Um se tornará rígido demais ou não ligará muito para as coisas, outros poderão chorar, ter dores de cabeça ou ficar mal-humorados o tempo inteiro. (D15)

O enfermeiro é considerado o profissional que tem uma percepção do cliente todo, aspecto nem sempre desenvolvido pelo médico, pois ele tem envolvimento maior com as prescrições e condutas e menor com os clientes.

[...] porque eles têm muito mais contato com o doente e percebem muitas alterações que o médico não percebe, porque fica preso nas prescrições e discussões de condutas e não tanto do lado do paciente. (D11)

Pode estar fazendo retenção urinária ou outra, e é o enfermeiro que mais percebe isso. (D11)

A empatia acontece quando o médico ou o enfermeiro se interessa mais pelo paciente e sua história. (D15)

O enfermeiro é reconhecido pela sua interação com a criança, uma vez que a equipe de saúde percebe que é ao enfermeiro que o cliente reporta-se, quando quer exteriorizar seu desagrado com determinadas condutas médicas adotadas e necessárias, em decorrência de sua enfermidade.

Enfatiza-se, ainda, a interação do enfermeiro diante da finitude da criança, em que é percebido o sentimento de que não há mais nada a fazer, de impotência

profissional. Pelas características estressantes do ambiente de unidades críticas pediátricas, os profissionais de saúde expressam que o enfermeiro tem dificuldade de lidar com os sentimentos envolvidos, protegendo-se com algumas formas de defesas a ponto de dificultar a interação.

Às vezes, o médico impõe uma dieta alimentar e o paciente reclama de fome para a enfermeira e não para o médico. (D14)

Diante da morte iminente de alguém, elas sentem muito em não poder satisfazer seus desejos, se vai mesmo morrer. (D14)

Eles sabem atender o doente que não fala, mas o 'grandinho' que se relaciona e que reclama eles logo chamam a psicologia para atender, porque o estresse de não poder resolver todas as queixas mexe com todos os profissionais, inclusive, médico. (D15)

Se existe dificuldade para alguns enfrentamentos, como a dor e o sofrimento dos pacientes, os profissionais podem utilizar-se de defesas, mas não a ponto de dificultar a relação. (D15)

A visibilidade do enfermeiro se estabelece na visão dos profissionais de saúde, pelo envolvimento com o cliente e a equipe, pela qualidade das ações executadas, pela presteza, dedicação, pelo carinho com as crianças.

Aqueles profissionais menos envolvidos tanto com os doentes quanto com a equipe, no meu modo de ver, foram invisíveis. (D12)

Antes, todos os pacientes falavam só do médico, mas hoje já começam a ver os outros profissionais como parte de uma equipe. Parece que começam a compreender que o médico não atua sozinho. (D17)

Se cada profissional da equipe fizer o que deve bem feito, o resultado aparece, e o paciente ganha em qualidade no cuidado. (D17)

Os enfermeiros são bem prestativos, dedicados e têm muito carinho pelas crianças. (D18)

A interação do enfermeiro com a família tem grande visibilidade para os profissionais de saúde, sendo considerado a ponte entre a equipe e a família, com facilidade para mediar os bons e maus momentos compartilhados no ambiente das unidades críticas pediátricas. Os sujeitos referem que o enfermeiro aceita a presença dos pais na unidade e convive melhor com isso, e a equipe ressenha-se da perda de liberdade para comentários, brincadeiras na presença dos parentes em

sofrimento.

Outra parte importante é o contato com a família. O enfermeiro é a ponte entre nós e os familiares. (D12)

Ele acaba segurando os bons e os maus momentos da estada da família no ambiente. (D12)

Muitas vezes, nos prognósticos fechados, a gente precisa do apoio do enfermeiro, para dar suporte à família, a fim de que ela saiba suportar aquele momento com mais força e aceitação. (D12)

Agora, com a família dentro da unidade, a gente está aprendendo tudo. (D13)

Mas a enfermagem assimilou muito mais rápido do que nós a necessidade da presença deles, para as crianças da UTI. (D13)

Contudo, a presença dos familiares tirou muito de nossas conversas e espontaneidade. Somos mais sérios, falamos menos do que antes, porque como vamos rir e brincar, se tem um pai e uma mãe sofrendo ali? Todos precisamos nos policiar mais sobre o quê e o como falamos [...]. (D13)

Sob a ótica dos profissionais de saúde, o enfermeiro convive com a ambigüidade de sentimentos. Na interação com a família, os entrevistados indicam que o enfermeiro necessita se conter para evitar comentários, os quais podem aumentar a ansiedade já existente entre a família. Assim, muitas vezes, ele torna-se antipático perante a família, evitando informações que possam confundir a compreensão dos pais. Essa atitude é vista como de preservação da integridade emocional da família pelos profissionais de saúde.

Às vezes, a gente não se põe no lugar do doente para se dar conta de que, na hora em que a doença pega, a razão vai embora, rapidinho, e por isso qualquer comentário que se faça desperta na família uma ansiedade. Por que será que o enfermeiro disse aquilo? Então, ele precisa se policiar muito para não ser mal interpretado. (D14)

E quando fica perguntando muito, por vezes, o enfermeiro sai de perto para não se sentir tão cobrado. Daí, passa por antipático. (D14)

Tem aquele parente com o qual o enfermeiro poderia estar falando mais, sendo mais simpático e acessível, mas acaba não fazendo, para que eles não confundam sua posição e passem a esperar dele algo que não possa fazer. Com isso se resguarda. (D14)

Muitas vezes, os pais ficam sem informações, porque ninguém quer falar. (D14)

A visibilidade do enfermeiro para a família centra-se nos auxiliares de enfermagem, dado o fato de eles executarem grande parte dos procedimentos técnicos de cuidado, cabendo ao enfermeiro aqueles de maior complexidade. Expressam os sujeitos que ainda persiste o reconhecimento maior pelo trabalho do médico atribuído pela família.

Aos olhos dos pais, com certeza, eles ainda acreditam que o médico é o mais atuante. Porém, essa não é a realidade. (D13)

Eu penso que mesmo a família sabe quem é o enfermeiro, mas lida mais com os auxiliares. (D15)

Quando elogia, elogia a equipe, ou certos auxiliares particularmente, até porque o corpo a corpo é realizado mais por eles do que pelo enfermeiro. (D15)

Este só aparece para realizar alguns procedimentos que os técnicos ou auxiliares não podem fazer, então, o vínculo acaba se dando mais com o auxiliar. (D15)

Quanto à família, o contato maior é com o auxiliar. (D16)

É possível apreender que a interação enfermeiro-cliente-família engloba processos mais abrangentes, com questões sociais, culturais, grupais, vividas no interior da intersubjetividade que permeia as relações humanas. Destaca-se a importância do acolhimento como referência de proteção ao cliente e à família, considerando-se a visão cultural de saúde-doença vivenciada por cada ser envolvido.

Sobre isso, Mandu (2004, p. 669) explicita que

[...] as inter-relações presentes nos serviços de saúde, entre os envolvidos na atenção, abrangem mais que um encontro físico, intermediado pela aplicação de medidas técnico-científicas. Tal encontro diz respeito a um acontecimento intersubjetivo entre sujeitos eminentemente relacionais, culturais, políticos e psicoafetivos, imersos em contextos de relações e produção/reprodução de ações e simbolismos diversos.

A visibilidade do trabalho de enfermagem expressa-se pela qualificação de suas ações, mas principalmente pelas interações associadas a dimensões afetivas, culturais e experiências próprias de cada ser. A intersubjetividade é fator decisivo para a trama das relações sociais.

Considerando que a interação do enfermeiro com o cliente e a família é aspecto potencializador de sua visibilidade, é possível apreender que isso ocorre nessa teia relacional, devido ao impacto das suas práticas profissionais sobre a saúde do sujeito, pelo qual ele se responsabiliza.

Está expresso nos discursos que a enfermagem tem sua especificidade no cuidado, o qual deve ser assumido com competência e responsabilidade, tendo como foco o doente e não a doença. Nessa perspectiva, Matumoto, Mishima e Pinto (2001), ao refletirem sobre o cotidiano da saúde coletiva, enfatizam que os profissionais de saúde e especificamente o enfermeiro, ao executar e vivenciar as práticas, produzem-se como homens, pois são reconhecidos e se fazem reconhecer pela sociedade. Esse diálogo torna-se importante, pois a interação cliente e família coloca no centro o ser humano. Quando se trata do enfermeiro, sua prática, suas ações de cuidado, para serem executadas, passam pelo mundo interno de seu ser humano. Quando se trata de cliente e família, ao receber o cuidado, da mesma forma, tal diálogo perpassa seu mundo interno.

Ao passar, atravessar o ser, a interação do enfermeiro situa-se além da técnica, está centrada nas necessidades do cliente e da família, no sujeito social convivendo em comunidade.

Paterson e Zderad (1979) acentuam que a enfermagem é uma experiência-existência, que se vive entre seres humanos, em que cada um se reconhece como existindo singularmente em sua situação. O conceito de comunidade utilizado pelas teóricas tem a conotação de espaço físico em que se processa o encontro e também de comunhão na esfera da intersubjetividade.

Pagliuca e Campos (2003) realizaram a análise de conceito de comunidade, um dos conceitos utilizados por Paterson e Zderad. A análise possibilita concluir que comunidade e comunhão têm sentidos divergentes, que devem ser utilizados dependendo de sua natureza, conforme indicam as autoras: “é possível estar em comunhão com o outro ser, estar em comunidade, independentemente do ambiente em que esse encontro venha a ocorrer, no entanto,

estar em comunidade não implica estar em comunhão” (p. 659).

A análise do conceito resultou em que, ao substituir o termo comunidade por comunhão na teoria humanística, este torna-se mais adequado à linguagem da enfermagem brasileira e, dessa forma, vislumbra-se o fenômeno da verdadeira comunhão que as teóricas propõem, o face a face, a sutileza do olhar, plenitude do encontro, a beleza singular de cada ser, no momento do cuidado.

8 Compreendendo o ser enfermeiro como indispensável na realização das ações de cuidado em UCP

A atuação do enfermeiro na unidade crítica pediátrica é indispensável sob a ótica dos profissionais de saúde. A sua visibilidade é maior ao executar as ações de cuidado voltadas à resolução da prescrição ou condutas médicas. O trabalho de médico está na dependência do bom desempenho e presença na unidade do enfermeiro, pois fornece segurança, agilidade, precisão técnica e conhecimento. Há referência sobre a mutualidade no desempenho de equipe, em que cada profissional tem o seu papel bem determinado para o alcance dos mesmos objetivos.

Muitas vezes, o enfermeiro está quieto, fazendo a sua função, mas é ele que orienta o médico na conduta a ser tomada, uma vez que ele está todo o dia acompanhando o paciente e sabe quais as alterações que esse paciente vem apresentando, desde o dia anterior, indicando melhora, piora ou sentindo dor, pelo tipo de reação que apresenta. (D11)

Ele é uma pessoa que ajuda bastante a gente no trabalho dentro da UTI. (D12)

Ele multiplica, porque, na verdade, a gente consegue agilizar bastante coisa, em função da atuação dele. (D12)

Esse trabalho de bastidores deles acaba aparecendo na rapidez com que muitas coisas são resolvidas. (D12)

Mas a dedicação dos enfermeiros e sua equipe são algo incontestável. (D13)

Ele, na verdade, é quem viabiliza tudo aquilo que o médico prescreveu para aquele paciente. (D15)

O comportamento e a atitude adotados pelo enfermeiro são percebidos pelos profissionais de saúde na unidade crítica pediátrica, a partir de sua forma de comunicação, posicionamento, postura, que resulta em agir indispensável e naquele

que mais aparece.

Quanto à passagem de plantão, o escrito é mais importante, mas para a equipe médica o verbal é muito importante, porque a gente acaba não lendo muito as informações escritas. (D10)

Eu gosto muito do enfermeiro 'fulano' porque ele se impõe. (D14)

Ele, porém, paga o preço de ser tachado de ruim, fica com a fama, por não deixar passar nada. (D14)

Não que não tenham dificuldades, mas eles parecem ser mais cobrados pela equipe médica, e o estar aqui seria uma hora técnica a menos no setor. (D15)

Sim, nesse sentido, existe respeito pelo parecer do enfermeiro. Quando se questiona, se a resposta dele for cabível, quem perguntou acata a idéia. (D16)

Eu acho muito importante o trabalho do enfermeiro, porque é o trabalho que mais aparece. (D17)

Sem o enfermeiro, eu acho que a UTI não andaria. (D17)

A arte de cuidar exige a interdisciplinaridade, necessária em razão dos limites de competência de cada profissional. A convivência ética é essencial para o cuidado, posto que reafirma e ressignifica a identidade e autonomia da enfermagem. É possível apreender nos discursos o exercício da medicina como tratamento do corpo, como ação cristalizada na prática, uma vez que expressam a indispensabilidade do trabalho do enfermeiro mais voltado ao cumprimento das delineações normativas da prescrição do que àquelas ações que se consideram como cuidado. As entradas do cuidado são múltiplas e levam a um emaranhado de posições profissionais, em que cada um procura dar conta de sua totalidade fragmentária.

O enfermeiro inserido na equipe de saúde tem inúmeras competências que extrapolam a técnica, a objetividade. Nesse sentido, Leopardi (1997, p. 66) esclarece que “o âmbito da questão sobre o cuidado ultrapassa sua internalidade, exigindo dos profissionais mais do que uma competência técnica; exige uma coerência entre ato e pensamento, uma concepção de práxis transformadora e

emancipadora”. A autora complementa isso, afirmando que o cuidado de enfermagem diferencia-se de outros modos de cuidar, por ser um ato com intenção terapêutica.

Assim, “os sujeitos dessa ação terapêutica essencial são inter-agentes e co-agentes, princípio fundamental do próprio conceito de cuidar, pois não haverá, como dizem Paterson e Zderad, cuidado sem o indivíduo que necessita de cuidado, sendo pois, uma inter-ação” (LEOPARDI, 1997, p. 66).

A natureza interdisciplinar do trabalho do enfermeiro é citada por Neves (2002, p. 81) que considera a “enfermagem como uma disciplina profissional que adota uma perspectiva teórico-filosófica característica das ciências humanas, que tem uma finalidade prática e social e é exercida através de um processo de trabalho compartilhado entre os membros da profissão e que acontece em um sistema que é de natureza interdisciplinar”.

Essas colocações têm pertinência, ao suscitar a reflexão sobre a visibilidade do enfermeiro em unidade crítica pediátrica, a qual recai em suas boas habilidades técnicas de fazer cumprir a prescrição médica. O diálogo genuíno proposto por Paterson e Zderad (1979) necessita ser exercitado na coerência interdisciplinar do sistema de cuidado, o qual está permeado por dimensões éticas, estéticas, pessoais, empíricas e fundamentalmente, pela intersubjetividade humanística.

O processo transacional de cuidado é exercido, é vivenciado pelos sujeitos que compõem a equipe desse processo, assim, o enfermeiro está em comunhão, em reciprocidade, em mutualidade com os demais profissionais de saúde. Cabe a ele demonstrar a verdadeira essência do cuidado às pessoas com quem convive, a fim de obter a modificação, a transformação do modo de ver atual, para um modo de comum-unidade na prática do cuidado em unidade crítica pediátrica.

9 Compreendendo a expressão da equipe de saúde sobre os aspectos contribuintes da (in)visibilidade

Para os profissionais de saúde, os aspectos contribuintes à (in)visibilidade do enfermeiro na unidade crítica pediátrica estão relacionados à prontidão, solidariedade, atenção, presença. Os auxiliares de enfermagem ressentem-se da ausência do enfermeiro no cuidado direto à criança, bem como de sua competência na unidade, aspectos que tornam o enfermeiro invisível, levando-os a procurar outro profissional nos momentos de dúvidas.

Mas, para nós, aquele enfermeiro que a gente chama e ele diz: Já vou, e não vai, ou demora muito, e a gente ali precisando, ou aquele que na hora da emergência a gente nunca encontra, ou a gente precisa falar algo nosso com ele e ele nunca pode, se cria um estresse na equipe e o torna invisível para nós. (D9)

E isso faz com que a gente acabe fazendo tudo sozinho ou perguntando para o médico, aquilo que deveríamos perguntar para ele. (D9)

Dos dez enfermeiros que passaram por aquela UTI, no tempo em que trabalho lá, mais ou menos cinquenta por cento eram invisíveis. (D9)

Apreende-se, na maioria dos discursos dos profissionais de saúde, que o enfermeiro torna-se invisível pelo fato de não ser questionador, não acompanhar a evolução dos clientes, demonstrando apatia. O diálogo dos profissionais de saúde estabelece-se com a equipe de enfermagem em maior intensidade do que com o enfermeiro, porque eles consideram que a equipe está mais próxima dos clientes e em tempo integral.

Aquele enfermeiro que não pergunta nada, não questiona sobre a droga que foi mudada, porque esse paciente estava assim, agora está de outro jeito, é apático, ele não nos chama a atenção. (D10)

Eu consigo ver mais o enfermeiro no seu trabalho de assistência ao paciente, na enfermaria, do que na UTI. Na UTI, eu converso muito mais com as auxiliares, porque elas estão mais próximas do doente e da família, do que com os enfermeiros. (D15)

Os profissionais de saúde salientam que o enfermeiro atua como mediador na unidade, porque pertence às equipes, referindo-se à equipe de enfermagem e à equipe dos demais profissionais de saúde. Todavia, há referência a que pertencer a duas equipes o deixa isolado, uma vez que consideram que, por ser chefe da equipe

de enfermagem, não faz parte dela e faz parte da equipe multiprofissional, mas, ao mesmo tempo, não pertence a ela. Esse aspecto de não-pertencimento torna o enfermeiro invisível.

Então, eu acho que ele fica numa posição de mediador, porque pertence à equipe de enfermagem, mas não é da equipe, por ser chefe dela, ao mesmo tempo, tem que pertencer à equipe médica, mas sem pertencer. Então, ele fica meio isolado naquele meio. (D15)

Então, se olharmos bem nesse ambiente, o enfermeiro se perde ali dentro. (D15)

A invisibilidade também é atribuída a sucessivas substituições de enfermeiros, o que cria obstáculos à sua presença no processo de cuidado.

Destaca-se ainda, pelas expressões, que a invisibilidade do enfermeiro está relacionada à sua forma de ser, ao seu comportamento, uma vez que os sujeitos da pesquisa consideram que o enfermeiro não se mostra em sua totalidade, esconde-se para não se comprometer, não se confrontar, aspectos que comprometem a humanização.

Por vezes, necessita esconder a opinião própria sobre o assunto, para evitar posicionamento de um lado ou de outro, evitando criar conflitos maiores do que aqueles que normalmente existem dentro de uma UTI. (D14)

Parece que eles não se expõem tanto quanto poderiam. Eles não se mostram como verdadeiramente são, eles não emitem opiniões, até para não se confrontarem com o plantonista que vem dali a pouco. (D14)

Muitas vezes, o enfermeiro se esconde, para não se comprometer, mas o que aconteceria se ele se compromettesse? (D14)

Entendo que, para evitar muitas coisas, é melhor agir assim, mas isso compromete a humanização. (D14)

Eles guardam muito mais e conseqüentemente devem sofrer muito mais, pois não podem chorar, não podem mostrar seu próprio sofrimento. (D15)

Aprendiam, depois mudavam de horário e finalmente trocavam de hospital. Foi um tempo de muita ausência da figura do enfermeiro, como participante de um processo de cuidados. (D16)

Há referência à invisibilidade do enfermeiro para a família, aos sujeitos

explicitarem que, apesar da capacidade e competência do enfermeiro, os pais não têm o conhecimento de o quanto o ser cuidador enfermeiro conhece e tem possibilidades de desempenhar o cuidado com qualidade extrema.

A (in)visibilidade do enfermeiro é referida, ainda, quando atua na prevenção e, dessa forma, o trabalho do médico diminui, pois suas ações de cuidado evitam as complicações. Se o enfermeiro atua bem, o trabalho torna-se invisível, porque a demanda do trabalho médico diminui, ou seja, o trabalho do enfermeiro somente é visibilizado, quando ligado às complicações com exigências de intervenção médicas, quando o médico é solicitado a agir.

Em contrapartida, aqueles que cuidam bem agem na preventiva, se tornam até invisíveis, porque são crianças melhores cuidadas, nas quais o médico atua pouco. (D11)

A partir das expressões dos profissionais de saúde a respeito dos aspectos que contribuem para a invisibilidade do enfermeiro, é possível apreender que o espaço da unidade crítica pediátrica não se caracteriza como um ambiente de diálogo e intersubjetividades. Os profissionais convivem, porém não em comunidade, como estabelecem Paterson e Zderad (1979).

Está expresso o individualismo, em que o agir técnico sobrepõe-se a todos os demais atributos que constituem o fazer e ser do enfermeiro no ato de cuidar. Percebe-se que não há a visibilidade desejada, tendo em vista que os integrantes da equipe utilizam apenas o olhar do tecnicismo.

A comunidade, afirma Buber, citado por ZUBEN, (1981), quando surgir, deve satisfazer não a um conceito, mas a uma situação. O diálogo é o esteio primordial para a idéia de comunidade, que deverá ser constituída e construída a partir de um novo tipo de relação entre os homens.

Zuben (1981, p. 2) esclarece que “a relação não é uma propriedade do homem, mas um evento que acontece entre o homem e o que lhe está em face”. Nesse sentido, ao referir-se a Buber, o autor afirma que a esfera primordial, quando se trata de relações humanas, é a esfera do ‘entre’, lugar primordial e existencial onde acontecem os eventos autenticamente inter-humanos.

É necessário haver reciprocidade, presença e responsabilidade. Deve haver uma dupla ação, a qual é mútua entre os parceiros da relação, por isso, é reciprocidade. A responsabilidade é o nome ético da reciprocidade, porque no encontro se estabelece uma resposta, o processo dialógico que alicerça o estabelecimento do NÓS.

Essa reflexão configura as relações apreendidas dos discursos dos profissionais de saúde, a respeito dos aspectos que contribuem para a (in)visibilidade do enfermeiro. Ela conduz à necessidade de ressignificar a compreensão que os integrantes de uma mesma equipe, de um mesmo local, de uma mesma clientela conseguem estabelecer apenas como EU-ISSO e não como EU-TU. Há pouca evidência da compreensão da multidimensionalidade do agir profissional do enfermeiro em unidade crítica pediátrica, apesar de aludirem ao trabalho do enfermeiro como indispensável.

A ambigüidade estabelecida é resultante da falta de conhecimento e diálogo entre os membros da equipe de saúde e o enfermeiro, como interação, comunhão, mutualidade, na forma de ser e fazer as ações necessárias ao bem-estar do cliente.

Os discursos oferecem subsídios importantes para os enfermeiros refletirem sobre o trabalho em equipe e assim aprimorar a identidade grupal, mobilizar sentimentos, bem como apreender a expressão sincera de suas percepções.

10 Compreendendo a humanização e o compromisso do enfermeiro como tendo ressonância na equipe

A humanização e o compromisso do enfermeiro têm ressonância sobre a equipe, de acordo com os discursos dos profissionais de saúde. Eles enfatizam que a sociedade está mais exigente atualmente, cobrando responsabilidades e atenção, as quais se ligam ao desempenho técnico aliado ao humanismo e aos limites entre essas duas dimensões.

Olhando para compromisso com o doente e com a humanização do cuidado que o enfermeiro demonstra, eu sinto que ele tem ressonância na minha vida. (D8)

Com certeza ele influencia [o meu agir]. É aquela criança que vai ter menos intercorrências, porque a gente sabe que será informado de qualquer alteração de dados, é uma criança que terá menos tempo de internamento, menos complicações do próprio internamento, na unidade. (D10)

Eu gostaria de me referir ao perfil de formação dos enfermeiros. Eu acho que devem olhar pelo lado técnico, sem esquecer do social e humano, porque todos somos muito cobrados hoje em dia. (D12)

A sociedade ficou mais exigente e cobra responsabilidades médicas, de enfermagem e institucionais. (D12)

Todos temos que ficar muito atentos aos fatos, dando uma resposta concreta a eles. (D12)

E fica difícil para o enfermeiro saber até onde ele pode ir para não se comprometer muito, que é bem o limite entre a técnica e a humanização. (D14)

Todos devem primar pelo técnico, sem perder o lado humano dos relacionamentos e a capacidade de ver cada doente como único. (D15)

Para oferecer maior conforto aos clientes, o enfermeiro necessita ser sensível, manter o padrão adequado de atendimento, a harmonia do ambiente e da equipe.

Precisamos de profissionais sensibilizados para esse tipo de necessidades, que mantenham um bom padrão de atendimento, para que possamos dar mais conforto ao nosso usuário. (D12)

Fica para ela a necessidade de harmonizar o ambiente, inclusive, as cobranças da sua própria equipe, sem pender para lado nenhum, uma vez que ela tem que trabalhar com todos. (D14)

É expresso que o enfermeiro seja ativo e exigente no desempenho de suas ações junto à equipe, evitando efeitos negativos, assim como que exteriorizem seus sentimentos com relação às perdas e situações estressantes.

As auxiliares chegam a verbalizar suas 'dores' em relação a perdas de pacientes, mas os enfermeiros, não. (D15)

Muitos dizem que aprenderam a conviver com a dor do outro, sem sentir a mesma dor, de tanta defesa que conseguiram criar. (D15)

Quando o enfermeiro deixa as coisas correrem meio soltas, não quer chamar atenção, os sintomas negativos aparecem mais. (D15)

Os profissionais de saúde enfatizam a importância de o enfermeiro saber aliar o desempenho técnico à sensibilidade e humanização, sem descuidar de sua responsabilidade de manter a equipe em harmonia, reduzindo os efeitos negativos da má relação e, assim, exercer suas funções de cuidador e gerente do cuidado. Para alcançar a inter-relação entre a técnica e humanização, o enfermeiro tem de ter essa formação.

7 COMPREENSÃO DA (IN)VISIBILIDADE DA PRÁTICA DE CUIDAR DO SER ENFERMEIRO

O caminho metodológico trilhado neste estudo possibilitou elucidar o fenômeno da (in)visibilidade do ser enfermeiro, por meio da compreensão dos depoimentos que relatam a dinamicidade dos múltiplos ‘fazeres’ que cotidianamente permeiam as ações de cuidar do enfermeiro, no espaço onde ele desenvolve tais atividades. Nesta pesquisa, os espaços, entendidos por Paterson e Zderad (1979), como local do encontro real do enfermeiro com o cliente, são as unidades críticas pediátricas (UCPs).

Os diferentes olhares sobre um mesmo fenômeno revelam o ser enfermeiro como pessoa, profissional e ser de relações. O olhar da fenomenologia, focando ‘a coisa em si’, desvela o enfermeiro como ser único e singular, em seu mundo de vivências e potencialidades que, na cotidianidade, mostra o seu interesse pelo outro. Esse interesse, segundo Paterson e Zderad (1979, p. 31), “não se centra unicamente no bem-estar de uma pessoa, senão no seu existir mais pleno, ajudando-a a ser mais humana possível, em um momento particular de sua vida”.

O discurso desvela o ser enfermeiro emergindo e imergindo nas relações dialógicas vividas nos encontros de cuidado humano. Relações essas que Paterson e Zderad (1979) consideram a postura interna de voltar-se para o outro, de forma amorosa e respeitosa, em que a autenticidade e reciprocidade sejam elementos básicos dessa relação.

Cardoso *et al* (2000, p. 77-78), citando Dilthey, dizem que é por meio “das vivências do homem que podemos compreendê-lo pelo que existe em seu íntimo; por isso a tríade do método das ciências humanas é a vivência, a expressão e a compreensão”. Para Paterson e Zderad, a criatura humana é vista como ser individual, necessariamente relacionada com outros no tempo e no espaço.

Do discurso, surgiu que a visibilidade, assim como a invisibilidade, do

enfermeiro nas ações de cuidado relaciona-se com a maneira de ‘ser-aí’ (*dasein*) e de estar-com, que o próprio enfermeiro vivencia e expressa no seu ser profissional, e à compreensão feita a seu respeito, pelos outros membros da equipe.

A relação dialógica acontece em um determinado espaço e momento, em presença de, no mínimo, uma díade: EU-TU. No dizer de Buber (1977), a relação EU-ISSO é proferida pelo EU como sujeito de experiência e utilização de alguma coisa. A expressão EU-TU é o esteio para a vida dialógica e EU-ISSO, o lugar e o suporte da experiência, do conhecimento, da utilização.

O fenômeno da visibilidade profissional aparece no discurso como emergente das manifestações de conhecimento técnico-científico, por parte do ser enfermeiro, da co-participação na tomada das decisões referentes ao cliente ou ao gerenciamento da unidade e na forma humanizada de cuidar. O cuidado que o enfermeiro é chamado a ofertar cotidianamente, conforme o pensamento de Heidegger, citado por Silva *et al.* (2001, p. 37), “significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção bom trato, de modo que é a atitude fundamental, mediante a qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude”.

Atributos como iniciativa, experiência, segurança que ele transmite à equipe foram apontados também como fatores de visibilidade. Profissionais que se reciclam constantemente ou estudam os casos novos que aparecem no seu ambiente de trabalho são ativos, observadores, comunicativos, questionadores, detalhistas, atuantes, ‘põem a mão na massa’, sabem se posicionar, mantendo boas relações e criando vínculos positivos, além de conseguir detectar precocemente possíveis complicações nos clientes. São profissionais reconhecidos e visibilizados pela equipe.

Com o passar dos dias, a relação do enfermeiro com a equipe, na lógica de Paterson e Zderad (1979, p. 88), é vista como “uma fusão de valores do enfermeiro (microcosmos) e da comunidade (macrocosmos), onde o enfermeiro *se torna mais* pela sua relação com a comunidade e esta igualmente pela relação como o

enfermeiro. Cada ser humano adquire identidade na comunidade e por meio dela, com pessoas diferentes”.

O discurso revela que as capacidades humanas de compreender, saber ouvir, relacionar-se, ter responsabilidade, saber dialogar, ter atitudes humanizadas tornam o ser enfermeiro capaz de fazer, com sua presença, a diferença entre a equipe.

Para Buber (1977, p. XLVIII), tal “presença” significa “presentificar e ser presentificado”. O “entre”, para Buber, é o mesmo que “inter-valor”, é o lugar de revelação da palavra proferida pelo ser. O “evento” relação, segundo ele, “acontece” em virtude do encontro “entre” o EU e o TU, “na reciprocidade da ação totalizadora” (p. L).

Apreende-se também que o espaço das unidades críticas pediátricas exige ações de cuidado mais complexas, em que o diálogo entre todos os componentes faz-se necessário para o bom desempenho de todas as atividades. Esse diálogo que se mantém no interior das unidades, com os mais diferentes sujeitos, segundo Paterson e Zderad (1979), é um tipo especial de encontro entre seres humanos, em resposta a uma necessidade percebida como relativa à qualidade de saúde-doença própria da condição humana. Portanto, “a enfermagem não implica um encontro fortuito, senão um encontro onde existe um chamado e uma resposta com fins determinados. Desde esse ponto de vista, se considera a enfermagem humanista como forma especial de diálogo vivo” (p. 49). Esse diálogo envolve também a relação intersubjetiva, promove o *bem-estar* e o *estar-melhor*, defendidos pelas mesmas autoras.

Segundo os discursos, o enfermeiro que não apenas manda, mas faz junto, ensina, orienta, torna-se referência para a equipe.

Peduzzi (2001, p. 178) salienta que uma das faces da articulação que deve existir entre a equipe é a cooperação no trabalho, entendida como “fazer junto”, especialmente aqueles procedimentos técnicos que possam ser melhor

desempenhados com ajuda”.

Do discurso emana a idéia do enfermeiro como elo, de forma que, na unidade, sua presença seja catalisadora das informações que o cliente precisa, assim como o restante da equipe. O enfermeiro é visto como o ‘dono da unidade’, o ‘centro da unidade’, o ponto fundamental do setor. Ele é apontado como responsável pela manutenção dos recursos humanos e materiais, a fim de assegurar a qualidade e eficiência do cuidado. A maneira de ser e fazer dele encontra ressonância na atuação dos outros profissionais, quer seja como modelo a ser seguido ou como facilitador no agir dos demais.

No pensamento de Peduzzi (2001, p. 178), a articulação que deve existir entre os membros da equipe deve ser entendida como reconhecimento e aproveitamento do trabalho do outro, para dentro do próprio trabalho, o que implica “reconhecer a complementaridade das ações realizadas pelos distintos trabalhadores da equipe, sendo que a nenhum profissional isolado cabe a possibilidade de atenção integral às necessidades de saúde dos usuários”.

Dos discursos, apreende-se que o enfermeiro delega, muitas vezes, atividades que deveria executar no cliente ou com ele, para aqueles profissionais de nível médio, por se encontrar sobrecarregado. Tal fato, contudo, incide negativamente no ser enfermeiro, tornando-o frustrado por não dispor de tempo suficiente para bem atender os clientes.

O enfermeiro, conforme relatam os discursos, esforça-se e escreve as evoluções dos clientes, mas os médicos somente lêem tais relatos, na vigência de algum problema, porque, para eles, os relatos verbais são mais importantes.

Quando o enfermeiro está na unidade e ajuda sua equipe de enfermagem a resolver as dúvidas, ele é visibilizado por ela, mas, quando se torna displicente, não responde aos chamados, torna-se invisível e dispensável. Da mesma forma, ocorre em relação àquele que não se envolve com a equipe e os clientes.

Há relatos de que os enfermeiros novos têm vergonha de dizer que não

sabem fazer determinados procedimentos, porque parece que isso denegria a sua imagem. Na mesma linha, aparece que o enfermeiro esconde sua dor, sua emoção perante um 'caso difícil ou terminal', para não deixar transparecer que é fraco e sensível, em relação à dor alheia. Da mesma maneira, às vezes, não se posiciona perante a equipe, para evitar conflitos que já se encontrem latentes.

Sobre isso, Souza (2003, p. 199) enfatiza que, "ao admitir sentimentos, admitimos a potencialidade para transformá-los em situações de mais ser, estabelecendo uma forma de relação intersubjetiva, que, segundo Paterson e Zderad (1979), nos torna mais humanos".

Segundo Vale (2001, p. 357), para que a visibilidade seja reconhecida, "é importante que o enfermeiro tenha a capacidade de 'ver-se' de ser visível para si próprio, de enxergar-se como indivíduo e como coletivo em permanente 'tornar-se'". Tais transações vividas pelo enfermeiro com o cliente e a própria equipe são, porém, sujeitas às influências de seres humanos que estão constantemente mudando em seus papéis e funções.

A partir do apreendido, delineou-se o seguinte modelo conceitual, o qual inicia com o foco central da pesquisa que trata do desvelamento da (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro. Este foco central articula-se a três aspectos que envolvem a prática de cuidar: o *self* do ser enfermeiro, o ser enfermeiro profissional e o ser enfermeiro na convivência com a equipe. Cada aspecto está inter-relacionado com os atributos que foram explicitados pelos próprios sujeitos da pesquisa.

Este modelo conceitual emergiu da análise fenomenológica, não se estabeleceu *à priori*. Cada item destacado foi apreendido dos discursos, e, portanto, desocultam a essência do fenômeno em foco.

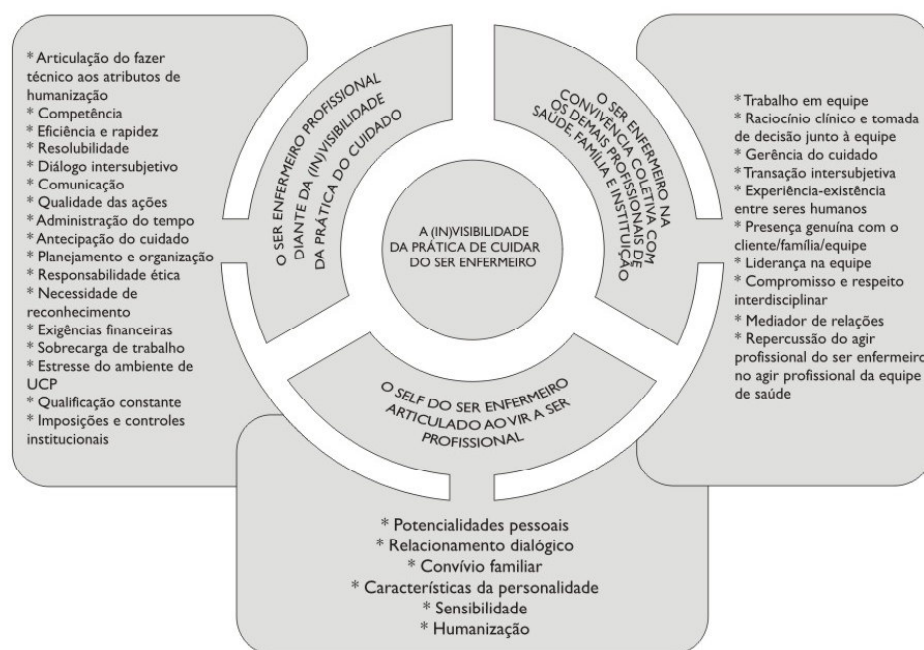


Figura 1: Representação do modelo conceitual da percepção da equipe de saúde sobre a (in)visibilidade da prática de cuidado do ser enfermeiro em Unidades Críticas Pediátricas (CASTANHA e ZAGONEL, 2004).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha do objeto deste estudo, ou seja, a (in)visibilidade da prática de cuidar, do ser enfermeiro em unidades críticas pediátricas, partiu do desejo de desvelar tal fenômeno, sob a ótica da equipe de saúde.

A enfermagem, na visão de Paterson e Zderad (1979), é uma resposta a um chamado de ajuda, um encontro de pessoas, enfermeiros e clientes, com a finalidade de ser cuidado e cuidar. Ela envolve ‘a coisa em si’, que é o próprio ato de enfermagem. A enfermagem é um *diálogo vivo*, que abrange a *nutrição* (o cliente que deseja ser alimentado e o enfermeiro que deseja alimentar), a *transação intersubjetiva*, considerando a enfermagem um tipo especial de diálogo vivo que supõe o *encontro* (com finalidade de cuidar) e o *relacionamento* que possibilita conhecer a si mesmo e ao outro em seus próprios mundos. A enfermagem é *presença autêntica* quando aberta ao outro, acessível, para *estar-aí e ser-com* o cliente. Ela implica a *relação inter-humana*, que diz respeito ao *bem-estar* e ao *estar-melhor*.

Paterson e Zderad (1979) dizem que a enfermagem humanista deriva das experiências reais e individuais dos enfermeiros em seu mundo, assim como esse mundo é percebido singularmente e compartilhado com os clientes e a equipe. Para elas, o ser enfermeiro em questão é um ser único, singular, dotado de intuição, capaz de tomar decisões, dotado de sentimentos e emoções que se expressam mediante sua corporeidade física e emocional. Constantemente, ele interage com outras pessoas, revelando os princípios e valores norteadores de sua conduta, nas próprias relações intersubjetivas.

O significado emergido das falas dos depoentes elucida que o ser enfermeiro, em sua prática de cuidar, tem papel fundamental no seu ambiente de trabalho, mesmo que, muitas vezes, não exista a consciência desse fato ou o enfermeiro não se sinta detentor desse papel naquela unidade. Naquele espaço, ele

é chamado a ser 'elo', que, por meio de sua conduta humana e profissional, expressa aos demais o quanto valoriza as relações humanizadas entre a equipe e o cliente, sabendo ouvir, sendo disponível, estando e fazendo-com, demonstrando habilidades, conhecimento humano-científico, responsabilidade, assim como senso crítico, observação e boa comunicação.

Dos discursos, apreende-se ainda que a comunicação na equipe mantém os sujeitos em melhores condições de responder às necessidades uns dos outros de integração e de pertencer a um determinado grupo, assim como responder de maneira mais segura às necessidades do cliente. Para ajudar a desvelar novos caminhos terapêuticos para o cliente, o médico 'espera' que o enfermeiro seja um elemento mais questionador e atuante, que consiga detectar precocemente possíveis complicações que prejudicariam, em última instância, o estar-bem e estar-melhor do cliente.

Nesse sentido, exponho a compreensão apreendida como direcionadora à visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro.

- a) visibilidade dá-se pelo rompimento do modo de agir do enfermeiro, voltado apenas ao desempenho técnico, ela exige a conjugação do conhecimento, habilidades, experiência, sensibilidade e humanidade no cuidar;
- b) visibilidade é reconhecer de forma crítica sua prática, perceber suas lacunas, é, antes de tudo, um processo que deve ser exercitado e notabilizado, como eixo norteador para efetivar um cuidado de qualidade pelo enfermeiro;
- c) visibilidade é priorizar, no processo de cuidar do enfermeiro, o estar-com, o olhar, ouvir, tocar, pois esses atributos fazem com que ele utilize o pensamento crítico para a sistematização, organização e reflexão de sua prática e, assim, a regule no tempo vivido para o cuidar;
- d) visibilidade é estabelecer o desafio constante da relação dialógica entre

enfermeiro e profissionais da saúde, para, de forma competente, efetivar a convergência da comunicação sensível e a intersubjetividade que permeiam as ações de cuidar;

- e) visibilidade legitima o humano das pessoas envolvidas, e isso repercute no ambiente da UCP, reverenciando as pessoas, em vez de o aparato tecnológico dos aparelhos;
- f) visibilidade é agir de forma interdisciplinar e multirelacional no processo de cuidar, em que a mutualidade, o trabalho compartilhado, a reciprocidade e autenticidade tornam-se elementos básicos;
- g) visibilidade se estabelece no ato de cuidar como evento inter-humano, de transação intersubjetiva, dependendo de arranjos entre instrumentos, saberes e relações dos sujeitos envolvidos no encontro do cuidado;
- h) visibilidade é estar atento a qualquer solicitação do cliente ou da equipe, percebendo os temores, apelos, manifestações, para, então, em uma atitude de solidariedade, realizar a mediação do encontro;
- i) visibilidade é vislumbrar o fenômeno da verdadeira comunhão, do face a face, da plenitude do encontro, da beleza singular de cada ser, no momento do cuidado;
- j) visibilidade é comunicação efetiva entre a equipe, o cliente e a família, valorizando as informações, repassando-as e transformando-as em ações de cuidado;
- l) finalmente, visibilidade é cuidar de maneira integral do cliente, agindo na prevenção de complicações, investindo em atualização, tanto para si como para a equipe.

Para concluir, considero válido enfatizar que este trabalho é perspectival, posto que reflete a compreensão do fenômeno pesquisado, o qual é sempre inacabado e serve de sentido de direção aos enfermeiros e profissionais de saúde

para tornar a realidade do cuidado um diálogo humano criativo.

Ainda, como se percebe, neste estudo, por meio dos discursos, vieram à luz várias idéias possíveis de serem apreendidas pelos profissionais, tanto no sentido de se tornarem visíveis como também invisíveis. Todavia, este trabalho não esgota o tema abordado, porque as maneiras de ver e sentir um determinado fenômeno são dinâmicas e relacionadas ao temporal. É possível através deste, avançar nas pesquisas e novos estudos, no sentido de desocultar diferentes facetas que compõem o fazer do ser enfermeiro sob o olhar dos demais membros da equipe de saúde. São possibilidades diversas em distintos contextos de atuação, pois o ser enfermeiro ao cuidar, convive, comunica-se, age e interage, portanto estabelece o diálogo vivido entre todos os envolvidos nesse processo de cuidar. As implicações são inúmeras, pois cientificamente é possível fazer o desenvolvimento da profissão alcançar a excelência, mudar o modo de agir e de pensar dos profissionais que atuam com o mesmo sujeito e propósitos; incentivar modificações no relacionamento e facilita a aproximação entre os sujeitos.

Sugere-se que os resultados desse estudo sejam levados em consideração nos cursos de graduação e pós-graduação, para que a formação do futuro enfermeiro e de enfermeiros já atuantes alimente-se de informações que subsidiem um novo modo de ser e agir.

Desse modo, esta pesquisa é uma proposta que serve como orientação aos profissionais da Instituição do estudo e a outros que desejam mudança de postura e de atitudes, quanto à visão de seu papel destacado pela equipe de saúde. Tal mudança poderá proporcionar maior e melhor visibilidade à prática de cuidar do ser enfermeiro, pois quando cotidianamente se ama aquilo que se faz, fica mais fácil inventar maneiras de tornar tal fenômeno visível.

REFERÊNCIAS

- ÂNGELO, M. Educação em enfermagem: a busca da autonomia. **Revista Escola Enfermagem/USP**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 11- 14, abr. 1994.
- ANTUNES, A.; ESTANQUEIRO, A.; VIDIGAL, M. **Dicionário breve de filosofia**. Lisboa: Editorial Presença, 2000.
- ARRUDA, A. L. G. de. Pesquisa qualitativa. **Coletânea de Enfermagem**, Faculdade de Enfermagem e Nutrição da UFMT, Cuiabá, v.1, n. 1, p. 151-165, jan./jun.1999.
- AUGRAS, M. **O ser da compreensão**: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico. Petrópolis: Vozes, 1996.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 6, p. 117-126, fev., 2000.
- BARRETO, J. A. E.; MOREIRA, R. V. O. (Org.). **A outra margem**: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: Casa de José de Alencar/Programa Editorial, 2001.
- BACKES, M. T. S. et al. O processo decisório no trabalho de enfermagem. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**. Curitiba, v. 1, n. 6, p. 406-413, nov./dez. 2003.
- BETTINELLI, L. A. **A solidariedade no cuidado**: dimensão e sentido da vida. Florianópolis, 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Série Teses em Enfermagem.
- BETTINELLI, L. A.; WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Loyola, 2004.
- BICUDO, M. A. V. Sobre a fenomenologia. In: BICUDO, M. A. V.; ESPÓSITO V. H. C. **Pesquisa qualitativa em educação**. Piracicaba: Unicamp, 1994.
- BUBER, M. **Eu e tu**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1977.
- CAPALBO, C. Alternativas metodológicas em pesquisa. In: ISEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM. **Anais**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1984.
- CARDOSO, M. V. L. M. L.; ARAÚJO, M. F. M.; MOREIRA, R. V. O. Dilthey e a filosofia da ciência da enfermagem. In: A decisão de saturno: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: Casa de José de Alencar/Programa Editorial, 2000.
- COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.
- CORRÊA, A. K. Fenomenologia: uma alternativa para pesquisa em enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 5, Ribeirão Preto, n. 1, p. 83-88, jan. 1997.

COSTENARO, R. G. S. **Ambiente terapêutico de cuidado em UTI neonatal**: um experimento para a redução do estresse na aspiração oro-traqueal do recém-nascido. Florianópolis, 2000. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina.

CROSSETTI, M. G. **Processo de cuidar**: uma aproximação existencial na enfermagem. Florianópolis, 1997. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina.

CROSSETTI, M. G.; ARRUDA, E. N.; WALDOW, V. R. Elementos do cuidar/cuidado na perspectiva de enfermeiras de um município gaúcho. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 151-173, mai./ago. 1998.

CRUZ NETO, O. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. PESQUISA social. 20^a. ed., Petrópolis: Vozes, 2002. p. 51-66.

DAMASCENO, M. M. C. **O existir do diabético** – da fenomenologia à enfermagem. Fortaleza, 1997. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará.

DARTIGUES, A. **O que é fenomenologia?** São Paulo: Editora Moraes, 1992.

ERDMANN, A. L. O sistema de cuidados de enfermagem: sua organização nas instituições de saúde. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 52-69, mai./ago. 1998.

ESPÍRITO SANTO, H. F. do.; ESCUDEIRO, C. L.; CHAGAS FILHO, G. A. S. O tom do cuidado de enfermagem para alunos de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 1, p.23-29, jan./mar. 2000.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

GIORGI, A. **Phenomenology and psychological research**. Pittsburg: Duquesne University Press, 1985.

GRAÇAS, E. M. das. Pesquisa qualitativa e a perspectiva fenomenológica: fundamentos que norteiam sua trajetória. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 4, n. 1/2, p. 28-33, jan./dez. 2000.

IDE, C. A. C.; DOMENICO, E. B. L. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001.

KALINOWSKI, C. E. **O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde**: um estudo de caso. , Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

KARL, I. S. **O ser enfermeiro e o ser criança**: diálogo vivido sob o olhar de Paterson e Zderad. Porto Alegre, 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

LACERDA, M. R. **A enfermeira e a autonomia profissional**: um vir a ser. Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

LEOPARDI, M. T. Cuidado: ação terapêutica essencial. **Revista Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 57-67, set./dez. 1997.

LEOPARDI, M. T.; GELBECKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Revista Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan./abr. 2001.

LIMA, A. A. F.; PEREIRA, L. L. O papel da enfermeira clínica e o processo de decisão. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 66, n. 6, p. 43-50, 2003.

LOPES, M. J. M. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a integração individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: MANEIRAS de cuidar e maneiras de ensinar – a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.153-187.

MANDU, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 665-75, jul./ago. 2004.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Moraes, 1994.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo, para servir a si mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1971.

MATUMOTO, S.; MISHIMA, S. M. e PINTO, I. C. Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 233-241, jan./fev. 2001.

MEIER, M. J. e NASCIMENTO, S. R. do. Comunicação e tecnologia: instrumentos para o cuidado. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 219-223, maio/jun. 2003.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 3. ed., Philadelphia: Lippincott, 1997.

MINAYO, M. C. S. de. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOREIRA, D. A. **O Método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. **Escola Anna Nery R. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 6, Supl. 1, p. 79-92, dez. 2002.

NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M. T.; Tecnologia emancipatória: uma perspectiva de transformação da práxis de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 25-41, jan./abr. 2000.

PAGANINI, M. C. **Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas**. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Pós-Graduação em Enfermagem.

PAGLIUCA, L. M. F. e CAMPOS, A. do C. S. Teoria humanística: análise semântica do conceito de community. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 655-660, nov./dez. 2003.

PATERSON, J. E.; ZDERAD, L. T. **Enfermeria Humanística**. México: Editorial Limusa, 1979.

PEDUZZI, M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53, 2001, Curitiba, 2001. **Anais**. p. 167-182.

PEIXOTO, L. F. **Teologia da enfermagem**. Goiânia: AB, 2002.

PEREIRA, A. A resistência ao poder no cotidiano das(os) enfermeiras(os). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 100-114, ago./dez. 2000.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola/Editora do Centro Universitário São Camilo, 2004.

PIVA, M. G. Enfermagem: razão e sensibilidade. **Revista Enfermagem Brasil**. Rio de Janeiro: Atlântica, n. 2, mar./abr. 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PUGGINA, A. C. G. Administrar o tempo pode mudar o jeito de dizer bom dia. In: SILVA, M. J. P. da (Org). **Qual o tempo do cuidado?** humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Loyola/Editora Centro Universitário São Camilo, 2004.

REY, F. L. G. **Pesquisa qualitativa em psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

SANTOS, A. M.; ROGERS, C. R.; BOWEN, M. C. V. B. **Quando fala o coração**: essência da psicoterapia centrada na pessoa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

SANTOS, T. C. F. A construção do olhar da enfermagem sobre a sua ação social: na pesquisa, na formação e na história. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53, 2001, Curitiba, 2001. **Anais**. p. 61-75.

SCHNEEBERGER, C. A **Suplemento de pesquisa e informação**: ciências humanas e suas tecnologias. São Paulo: Ridel, 2003.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações sociais dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 623-30, jul./ago. 2004.

SILVA, L. de F. de.; GURGEL, A. O.; CARVALHO, Z. M. F.; MOREIRA, R. V. O. Cuidado como essência humana em Martin Heidegger e a enfermagem. In: **A OUTRA** margem. Fortaleza: Casa de José de Alencar, 2001.

SILVA, M. T. N. A. Concretude social e política da enfermagem: um olhar, de um lugar. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53, 2001, Curitiba, 2001. **Anais**. p.3-33.

SIMÕES, S. M. F. e SOUSA, I. E. O. O Método fenomenológico heideggeriano como possibilidade na pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 50-56, set./dez. 1997.

SOUZA, J. G. de. Autonomia e cidadania na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 86-99., ago./dez. 2000.

SOUZA, L. N. A. de e PADILHA, M. I. C. S. de. A comunicação e o processo de trabalho em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 11-30, jan./abr. 2002.

SOUZA, L. N. A. de. A interface da comunicação entre a enfermagem e os clientes de uma unidade de terapia intensiva. In: **CUIDADO** humanizado: possibilidades e desafios para a prática da enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. p. 17-210.

TANJI, S. **Cuidado humanístico num contexto hospitalar**: um desafio para um grupo de enfermeiras. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

VALE, E. G. A ABEn: a visibilidade da enfermagem e a conquista da emancipação. CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53, 2001, Curitiba, 2001. **Anais**. p. 353-365.

VIANNA, A. C. A. **O movimento entre cuidar e cuidar-se em UTI**: uma análise através da teoria do cuidado transpessoal de Watson. Porto Alegre, 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

WALDOW, V. R. Cogitando sobre o cuidado humano. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 3, n. 2, p.7-10 jul./dez. 1998a.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998b.

YOSHIOCA, M. R. **Tendo que ser maior do que os obstáculos para existir como enfermeira**. São Paulo, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

ZAGONEL, I. P. S O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. Ribeirão Preto, **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 25-32, julho,1999.

ZAGONEL, I. P. S. Epistemologia do cuidado humano: arte e ciência da Enfermagem abstraídas das Idéias de Watson. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 64-81 jan./jun.1996.

ZUBEN, N. A. V. **O primado da presença e o diálogo em Martin Buber**. Disponível em: <<http://www.kant.fafich.ufmg.br>>. Acesso em: set. 2004.

ANEXOS

ANEXO I

ANEXO 1 – ENTREVISTA COM O ENFERMEIRO E COM A EQUIPE

ENTREVISTA COM O ENFERMEIRO

1. Como você se percebe enquanto enfermeiro desenvolvendo as ações de cuidado em UCP?
2. Quais os aspectos que indicam que o seu trabalho é (in)visível?
3. A sua prática tem repercussão no agir dos demais profissionais da equipe em UCP?

ENTREVISTA COM A EQUIPE

1. Em sua convivência diária com os enfermeiros na unidade crítica pediátrica o que você vê e observa, frente às ações de cuidado que ele desempenha?
2. Você acha que o trabalho deles é (in)visível?
3. O modo de agir do enfermeiro tem repercussão na sua vida enquanto profissional?

ANEXO II

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, enfermeira, **Maria de Lourdes Castanha**, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Paraná, desejo desenvolver com alguns membros da equipe de saúde, das quatro unidades críticas do Hospital Pequeno Príncipe, um trabalho de pesquisa, para fins de Dissertação, com o seguinte tema: **A (IN)VISIBILIDADE DO SER ENFERMEIRO EM SUA PRÁTICA DE CUIDAR, SOB O OLHAR DA EQUIPE DE SAÚDE.**

Para tal fim, solicito seu consentimento, no sentido de participar de uma entrevista que será por mim gravada, para posterior transcrição.

Esclareço que todos os participantes receberão, quando da transcrição de suas falas, a palavra “discurso” seguido de um número seqüencial, não sendo possível sua identificação pelos demais.

Esclareço ainda, que nenhum integrante da pesquisa receberá qualquer espécie de subsídio pela participação, podendo inclusive, deixar de colaborar com a pesquisa em qualquer momento que desejar.

A participação na mesma, não acarretará aos participantes, nenhum privilégio ou risco, em suas atividades laborativas.

Estou ciente das informações e concordo livremente em participar S N

Concordo com a gravação S N

Entrevistado -----

CPF/ID -----

Telefone do Pesquisador: (41) 310-1143 9995-0864

Curitiba, ____/____ de 2004

Curitiba, 29 de agosto de 2003.

Ilmo(a) Sr(a).
Ir. Maria de Lourdes Castanha

Prezado(a) Senhor(a),

Comunicamos que o projeto de pesquisa intitulado **A (in)visibilidade do Ser Enfermeiro em sua Prática de cuidar, sob o Olhar da Equipe de Saúde** Reg. Cep: 0106-03 está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. O referido projeto foi apresentado ao CEP SH-HIPP, em reunião plenária realizada no dia 25 de agosto de 2003.

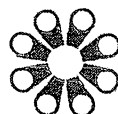
Lembramos que conforme as normas da CONEP/MS o pesquisador deverá enviar ao CEP relatórios semestrais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador em caso de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,



Prof. Dr. Luiz Antonio M. da Cunha
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos – HPP



ANEXO IV

DISCURSOS DA EQUIPE DE SAÚDE QUE SUBSIDIARAM ESTA PESQUISA

DISCURSO 1

1. Como você se percebe enquanto enfermeiro desenvolvendo as ações de cuidado em UCP?

Na minha unidade eu vejo que tecnicamente os enfermeiros se equiparam.¹ A diferença eu acho que é maior no atendimento humano, no cuidado direto com o paciente, no tratar,² e isso percebe-se também que é uma diferença de personalidade não só de aprendizado técnico.³ Mas é o psicológico, talvez a criação do enfermeiro que faz essa diferença.⁴ Dentro da equipe, dentre os enfermeiros, dentre todos os enfermeiros que nós somos a gente vê a diferença, não só com relação ao restante da equipe,⁵ talvez, a equipe técnica, que está mais junto com o paciente tenha atitudes mais humanizadas do que o próprio enfermeiro.⁶ Eu como me autocríticando, gostaria de fazer de forma mais humana as coisas que eu faço hoje.⁷ Mas tem coisas que a Instituição me impede de fazer,⁸ tem coisas que a convivência com a própria família me impedem,⁹ porque você tem que ter o teu lado técnico e o lado que a gente tem de respaldo da parte legal, me impedem de fazer.¹⁰ Eu gostaria de fazer mais pelos pacientes do que aquilo que eu faço hoje.¹¹ A semana que vem está entrando na uti a presença da família participante 24 horas. Eu gostaria de ter feito isso para as famílias há muito mais tempo, porque eu acho que é fundamental para a família, pro paciente e para o estar presente. Até pela minha vivência, pelas coisas que eu vivi daqui para trás, sei que isso é importante.¹² Outra coisa é que eu gostaria de dedicar mais tempo, ou para pegar no bebê ou tocar ou fazer as coisas com mais tranquilidade.¹³ A gente tem uma vida atropelada tem muita coisa para fazer, muito doente para atender, muita patologia grave que não nos permitem tempo para fazer as coisas com mais zelo e mais cuidado.¹⁴ Eu percebo o reconhecimento das pessoas,¹⁵ eu reconheço a diferença que faz a presença do profissional enfermeiro dentro da unidade,¹⁶ e principalmente pelo reconhecimento dos médicos, porque a gente vê que as coisas andam bem, quando o enfermeiro está lá, e os médicos contam muito com a gente. E delegam muitas coisas,¹⁷ então eu vejo na nossa unidade, principalmente que o enfermeiro tem um papel bem importante, tem um envolvimento bastante bom.¹⁸ Eu vejo que a gente conseguiu também fazer uma equipe bastante segura nas coisas, no cuidado dentro da UTI.¹⁹ Então eu acho que elas [a equipe] conseguem fazer bem o serviço sem a presença do enfermeiro,²⁰ mas para o médico existe uma segurança maior quando se está o tempo todo dentro da unidade. O mesmo acontece com a equipe.²¹ Eu penso que em todos os lugares, quando o enfermeiro está por perto todos andam mais na linha.²² Eu acho que para qualquer profissional o reconhecimento é importante. Para mim, fundamentalmente o mais importante é o reconhecimento da família do paciente.²³ É obvio que é importante quando o médico reconhece e quando a equipe reconhece e se percebe,²⁴ mas o que me dá mais satisfação é quando a família do paciente percebe a tua forma de atuar e de atuar junto aos outros profissionais, é o mais importante.²⁵ Porém isso [o reconhecimento] acontece com as famílias que passam mais tempo na UTI, pois elas até sabem reconhecer a diferença que existe dentro da equipe de enfermagem, porém, aqueles que passam pouco tempo, não fazem esta diferenciação. Para eles é a equipe cuidando do seu filho.²⁶ Eu acho que é importante eles saberem a diferença. Eu gosto quando eles percebem isto, e me dá até certo prazer quando eles percebem que a gente é enfermeiro e não médico. Tem muitos pais, que acabam chamando a gente de doutora ou acham que a gente é médico ali dentro. E eu gosto muito de saber, quando eles sabem esta diferença.²⁷ Porém, nem todos fazem esta distinção, só os pais esclarecidos, que a gente tem poucos na unidade, porque a maioria são de origem humilde e simples e nem sabem que existe uma graduação dentro da equipe, como enfermeiro, técnico e auxiliar. Mas aqueles pais mais esclarecidos, já tem conhecimento disso.²⁸ De um modo geral, aqueles que cuidam do filho são todos enfermeiros. Como todos usam a mesma roupa até o médico eles têm dificuldade de reconhecer, só quando estes se apresentam, na primeira visita, que eles passam a diferenciá-lo. Só quando a enfermeira se apresenta a eles que passam também a reconhecê-la melhor.²⁹

2. Quais os aspectos que indicam que o seu trabalho é (in)visível?

Eu creio que tudo que o enfermeiro faz é indicativo da sua visibilidade. O enfermeiro na verdade fica mesmo nessa supervisão, nessa administração tem que ver tudo, não é só na UTI.³⁰ Cada funcionário cuida só de dois doentes, mas o enfermeiro cuida de 20 que estão lá, cuida do médico,

cuida da equipe, cuida da família. Então para o enfermeiro falta esse tempo de estar mais junto, mais perto da parte humana e assistencial da rotina.³¹ Eu vejo dois pontos para as enfermeiras em geral. O primeiro é uma questão de posicionamento de postura, de aprender a se colocar, principalmente diante do médico como uma pessoa de igual competência, com as diferenças de graduação, mas com competência para saber fazer aquilo que está fazendo e fazendo bem. Para isso a enfermeira tem que realmente ter capacidade, se capacitar para poder estar peitando os médicos, porque não é fácil.³² A outra coisa que é fundamental é a gente escrever mais. Não é hábito até por essa falta de tempo, a gente acaba fazendo, fazendo, fazendo e escrevendo pouco.³³ Mas ainda eu acho que postura diante das outras equipes e diante dos pais mesmo, se colocar mesmo como uma profissional, eu acho que é fundamental.³⁴ Eu acho que é justamente o fato de muitos enfermeiros serem mal formados, a subserviência, porque até então a gente aprendeu a baixar a cabeça para o médico.³⁵ E muitas enfermeiras sabem, mas não sabem se colocar diante daquela situação. Então eu acho que seria isso.³⁶ Eu penso também que os enfermeiros precisam estudar mais, se graduar mais, aprender mais para também ter uma postura diferente, com relação aos funcionários, também saber colocar a sua posição como enfermeiros.³⁷ Também saber colocar o seu lado humano, se igualar a eles [os médicos], no momento, você é uma pessoa como todas as outras ali dentro da unidade. Então eu acho que é por este lado.³⁸ Quando eu falo de estudar mais, pode não ser apenas fazer uma pós, mas pode ser também a leitura pura e simples daquilo que ele está fazendo no momento, fazendo no dia a dia.³⁹ Porque a gente não vê, é muito difícil você ver um enfermeiro estudando aquilo que ele está fazendo. Ele vai fazendo, vai fazendo e acha que não precisa mais. E na verdade a gente sabe que quanto mais você ler, mais se aprimora, mais tem capacidade para discutir o assunto, para se colocar e para fazer.⁴⁰

3. A sua prática tem repercussão no agir dos demais profissionais da equipe em UCP?

Eu penso que sim. Eu, dentro da minha formação, eu acho que até como pessoa eu sempre procurei e tenho este lado mais humano mais desenvolvido.⁴¹ Percebo na minha equipe que todos seguem mais ou menos a mesma linha.⁴² Percebo que com as famílias a agente tem um retorno bom. Porque desde que você se relaciona bem com a família, você consegue ter de volta o agradecimento deles a compreensão, e é uma troca diária isso.⁴³ Eu vejo que realmente a gente tem um relacionamento bom, tanto com os médicos, quanto com os funcionários, os pais e os pacientes.⁴⁴ Falando como enfermeira da UTI eu acho que a gente tem uma grande facilidade de relacionamento com os médicos, conseguimos um espaço muito bom dentro da unidade.⁴⁵ Mas como enfermeira, eu tenho na verdade, um relacionamento bom com todo o hospital. Eu percebo isso quando eu faço plantão no final de semana, ou mesmo quando passo nas unidades, percebo que as pessoas se reportam com mais facilidade, fica mais fácil o relacionamento, do que com algumas enfermeiras que são mais novas.⁴⁶

DISCURSO 2

1. Como você se percebe enquanto enfermeiro desenvolvendo as ações de cuidado em UCP?

Pelo tempo que eu estou na UTI eu acho assim que na verdade a gente mais fica na função de fazer o que o médico manda do que a gente fazer o cuidado que a gente acha.¹ Mesmo que a gente faça toda aquela coisa do exame físico, a prescrição, a gente não faz os cuidados em si, ali, voltados para a enfermagem. A gente se volta mais para o cuidado médico.² Mas por outro lado, trabalhar com criança é mais gratificante, porque a gente vê a resposta da criança no olhar. É diferente do adulto porque o adulto, se ele for te fazer um elogio, ele vai falar e a criança você vê no rostinho dela a gratificação.³ As vezes você pensa que o cuidado é uma coisa grande, mas uma pequena coisa que você fez, um toque, para ela já é o bastante. Mas as vezes a gente até esquece disso.⁴ Pois o tempo que agente tem é restrito, e na hora da emergência, você não pode ir lá e dizer olha, vou fazer isso, vou fazer aquilo, você faz.⁵ Muitas vezes o doente sai da unidade e você nem conversou com ele.⁶

2. Quais os aspectos que indicam que seu trabalho é (in)visível?

As vezes eu acho que meu trabalho é reconhecido, por estar muito próximo do médico.⁷ E as vezes ele não é valorizado até mesmo por nós, por não anotar muitas coisas que a gente faz. Então, você faz, faz, mas como não anota, fica invisível no seu trabalho.⁸ Se você está sentada ao lado de um doente, conversando, para o médico, isso não é cuidado. Para eles, o cuidado é fazer um procedimento.⁹ A visibilidade depende também da pessoa que está no comando, porque ele [o médico] pode não valorizar o que você valoriza como um cuidado diferenciado.¹⁰ A equipe porém, reconhece o trabalho e as vezes se tornam até dependentes da aprovação do enfermeiro para fazer qualquer coisa com o doente.¹¹ Quando o enfermeiro dá um palpite sobre o doente, alguns médicos valorizam isso, outros não. Porque uns tem a visão de que só eles sabem tudo, os outros não sabem nada. Geralmente isso ocorre com os mais novos, porque os mais velhos em geral tem uma visão melhor de equipe.¹² Eu vejo que para o enfermeiro falta o cuidado ao paciente, pois ele se envolve com questões burocráticas¹³ e falta tempo para se dedicar ao doente, o que gera uma certa insatisfação por não conseguir isso¹⁴

3. A sua prática tem repercussão no agir dos demais profissionais da equipe em UCP?

O agir do enfermeiro tem repercussão sobre o agir da equipe, porque muitas vezes eles refletem sobre suas ações, quando confrontadas com aquelas do enfermeiro.¹⁵ Para o enfermeiro ter mais autonomia, ele precisa estudar muito para saber o que você está falando, ter base para estar discutindo, e também saber fazer.¹⁶

DISCURSO 3**1. Como você se percebe enquanto enfermeiro desenvolvendo as ações de cuidado em UCP?**

A maioria deles tem noções de prescrição, anotação e cuidados, pois a gente sempre recebe na unidade enfermeiros recém formados para acompanhar e fazer os aprender.¹ Eu já tenho muitos anos, mas a gente sempre tenta aprimorar a prática, até fazendo reuniões com todos os que atuam comigo.² Mas a gente tem sempre que tomar uma atitude frente os mesmos, sempre temos que aprimorar a qualidade do nosso cuidar.³ Temos a mãe acompanhante e pacientes adolescentes e doadores adultos, então temos que trabalhar como uma equipe, todos da mesma maneira, para que o serviço da unidade tenha uma continuidade.⁴

2. Quais os aspectos que indicam que seu trabalho é (in)visível?

O trabalho do enfermeiro, no meu modo de pensar é visível, e muitas vezes imprescindível.⁵ A equipe precisa de apoio e de alguém para tirar suas dúvidas, e esse alguém é o enfermeiro.⁶ Ele é quem organiza a unidade e dá as coordenadas do trabalho para a equipe.⁷ Com o enfermeiro o paciente é também melhor atendido.⁸ Em qualquer momento a presença do enfermeiro é importante na unidade.⁹ Pois até os médicos assim como a equipe são dependentes do enfermeiro, porque eles querem o mesmo na visita aos doentes, quer seja para perguntar sobre o doente, quer seja para falar sobre a conduta a ser tomada para aquele dia.¹⁰ O médico visualiza o enfermeiro como uma pessoa chave do horário de plantão dele.¹¹ O enfermeiro tem que ter o acompanhamento dos pacientes, saber de suas reações, e evolução, quanto a melhoras, pioras, dores, aceitação de dieta etc.¹²

3. A sua prática tem repercussão no agir dos demais profissionais da equipe em UCP?

Muitas vezes o enfermeiro é a prioridade do médico.¹³ Ele é o dono da unidade, é quem reserva vaga, diz se tem respiradores para atender ou não...¹⁴ O médico cobra conhecimento do enfermeiro.¹⁵ Porém, Muitos valorizam a opinião deste em relação a alguma conduta, outros não.¹⁶

DISCURSO 4

1. Como você se percebe enquanto enfermeiro desenvolvendo as ações de cuidado em UCP?

Eu percebo que a presença do enfermeiro na unidade é algo visível.¹ Existem alguns enfermeiros que não são visíveis e a gente até sente falta deles, porque essa visibilidade precisa existir.² Existe tanto a visibilidade quanto a invisibilidade.³ O enfermeiro sabe da importância de ser visível, da assistência ser visível, de estar atuando, mas não se percebe atuando realmente.⁴ Quando atua faz a diferença, tem espaço mas não é ocupado.⁵ O cuidar da enfermeira é muito visível dentro da UTI. Quando ela não cuida se percebe que não está sendo cuidado.⁶ Quando eu consigo atuar na prática eu me sinto muito útil, além de sentir que os outros gostam da minha presença.⁷

2. Quais os aspectos que indicam que o trabalho é (in)visível?

Eu considero como um fator de visibilidade a assistência ao paciente.⁸ Se uma criança está bem cuidada é porque alguém está por trás disso coordenando as atividades, fazendo treinamentos, reciclando a equipe.⁹ O não cuidar, é para mim fator de invisibilidade, porque a qualidade vai piorando e o resultado disso se percebe depois no paciente.¹⁰ Ele [o cuidado] deve ser o foco de todas as atividades do enfermeiro e sua equipe. Não adianta você ter uma prescrição e evolução de enfermagem linda e maravilhosa, mas que não condiz depois com a realidade do dia, aquilo foi algo apenas de papel.¹¹ Rever a função, a razão de minha atuação é importante, para a assistência.¹² Outro fator que considero importante é a participação na equipe multiprofissional, estar junto, decidir, porque as vezes os médicos se conversam, decidem e se você não chegar, não questionar e querer saber o que foi decidido, eles não te falam.¹³ Saber quem vai entrar, sair, é importante que o enfermeiro opine e também se prepare e prepare a equipe para receber outro doente, com antecedência.¹⁴ A interação com os pais é outro fator que considero essencial para o enfermeiro. Pois a orientação aos mesmos deve ser provida pelo enfermeiro.¹⁵ Pois o enfermeiro na unidade é como se fosse o centro e todos os outros fossem as setas que ao longo do dia se dirigem para ele.¹⁶ O enfermeiro deve estar sempre plugado, prestando atenção em tudo, para agir da melhor maneira possível.¹⁷ Se o enfermeiro fizer de conta que não existe, a gente não é ninguém mesmo.¹⁸ Temos que provar todos os dias que estamos aqui para isto. Temos que ter atitudes de impor respeito.¹⁹ As coisas, para entrar e sair do setor, tem que passar por mim, porque eu sou responsável pelo patrimônio da unidade, perante a instituição.²⁰

3. A sua prática tem repercussão no agir dos demais profissionais da equipe em UCP?

Cada um na equipe deve exercer o seu papel.²¹ O enfermeiro deve prestar assistência e saber o que acontece com os seus clientes no dia a dia, se aproximar do mesmo, toca-lo.²² Pois hoje em dia todos os dados podem ser copiados do monitor e a equipe pode correr o risco de ficar distante do paciente.²³

DISCURSO 5

1. Como você se percebe enquanto enfermeiro desenvolvendo as ações de cuidado em UCP?

Eu percebo muito a diferença de cuidado.¹ Eu pesquisei muito, escolhendo o melhor método, mas já vi colegas fazendo bem diferente, e questionando o que a gente faz.² A equipe percebe que existe diferença, mas o médico não. Para ele o que conta é estar feito o curativo, por exemplo. Como este foi feito pouco importa.³ Dependendo do dia, você é bem visível. Precisam muito de você, para fazer curativos, puncionar um acesso, resolver um problema da equipe.⁴ Outros dias você nem é percebido. De um modo geral é quando o setor está calmo também.⁵ Eu consegui ir moldando a minha equipe, deixando-a nos conformes para atuar com eficiência.⁶ Eu cobro muito, checo muito o trabalho de todos, mas oriento para que não esperem eu ver, isto é, devem fazer sempre bem porque terá dias que eu poderei não estar, e tudo deve andar direito do mesmo jeito como se estivesse ali.⁷ Existe o respeito mútuo. E isso você conquista dentro de sua equipe, pela atuação diária.⁸ Pelo fato de querer fazer a coisa certa, existe reconhecimento da equipe.⁹ Mas existe também alguma barreira da parte daqueles que estão formados a mais tempo, em aceitar que os mais novos tragam algo para enriquecer a equipe.¹⁰ A evolução na área da saúde é muito rápida. A cada três meses em média muda alguma coisa. Então, o enfermeiro deve estar se reciclando sempre.¹¹

2. Quais os aspectos que indicam que seu trabalho é (in)visível?

Isso te torna visível, porque a equipe percebe que você não está ali simplesmente trabalhando, mas está aprimorando seus conhecimentos, aquele dos outros e beneficiando o atendimento oferecido.¹² O enfermeiro deve buscar ser sempre melhor, a cada dia melhor.¹³ Eu acho que o enfermeiro é bem eficiente, quando ele se torna invisível no setor, isto é, ele pode estar ou não que o cliente é bem atendido.¹⁴ O enfermeiro muito fazedor, “é o bombeiro, que aparece, porque está apagando todos os incêndios”, mas, se ele consegue se antecipar a tudo isso, ele não passa por este estresse, mas pode se tornar de certa forma invisível.¹⁵ Algo que para mim torna o enfermeiro invisível é o fato de faltar ao serviço, não cumprir bem seus horários, porque ele se torna dispensável.¹⁶ Receber ou passar um plantão de forma inadequada, com procedimentos sem fazer, pode torna-lo invisível, para seus próprios colegas, para a equipe e até para a instituição.¹⁷ Eu diria também que é uma luta grande da gente para ser visível, especialmente para a equipe multidisciplinar, e às vezes até para a instituição que trata diferente pessoas da mesma categoria. Uns devem cumprir bem o horário, outros não são tão cobrados quanto a isso.¹⁸

DISCURSO 6

1. Como você se percebe enquanto enfermeiro desenvolvendo as ações de cuidado em UCP?

Me sinto uma pessoa responsável por um setor, que tem em si uma responsabilidade grande de comandar uma equipe, a fim de que a pessoa seja bem cuidada.¹ E que todos os cuidados feitos no setor, gerem o bem-estar do paciente. Por isso como pessoa me sinto responsável. Me torno responsável conhecendo a equipe e o paciente.² Eu acho que as coisas vão acontecendo, porque você já vem se preparando para isso.³ Cada plantão é um cuidado, é uma coisa diferente, e isso mexe com o meu ser pessoa. Mexe no emocional, psicológico, pois ninguém consegue ser totalmente frio diante das coisas.⁴ Isso gera ansiedade e angústia, que muitas vezes é percebida pela equipe, pois não tenho como não deixar transparecer.⁵

2. Quais os aspectos que indicam que seu trabalho é (in)visível

Me sinto chefe de uma equipe. Tenho que pensar em comandar, organizar, supervisionar.⁶ Para mim sobra o cuidado. É uma coisa que eu posso fazer bem. Prestar assistência mesmo, por a mão na massa, eu gosto disso.⁷ Me sinto realizada com o que faço por um lado, e por outro não, porque se me perguntarem sobre os pacientes eu geralmente sei, e passo para ver se tudo está bem. Por outro lado, no financeiro, eu não sou realizada. O meu ser enfermeiro, não se sente tão valorizado.⁸ O meu ser pessoa, como eu tenho que trabalhar em mais que um, se sente comprometido também.⁹ Mas, mesmo assim, a equipe pode contar comigo, pois a gente está ali para tudo.¹⁰ Me sinto mais visível atendendo. No meu dia-a-dia estando ali para atender e saber dar uma resposta positiva para mim e para eles.¹¹ É estar se reciclando, mas como não estou conseguindo fazê-lo me sinto preocupada, porque o fato de não ler e estudar prejudica o meu trabalho.¹² Isso me torna invisível, por que eu fico naquilo ali, mas já sabendo que alguma coisa não é mais assim, as coisas estão lá e você aqui ainda.¹³ A gente tenta levar, mas este é um fator que gera angústia, insatisfação, frustração. É o mesmo que não estar realizada no seu todo.¹⁴ Tenho muitos sonhos, mas as coisas são mais complicadas do que imaginamos!¹⁵ Minha família me ajuda um pouco, mas o fato de ter que trabalhar em outro emprego me impede mais. O próprio cansaço e a parte financeira, são para mim grandes dificultadores.¹⁶

3. A sua prática tem repercussão no agir dos demais profissionais da equipe?

Eu acho que interação é estar atuando no trabalho, organizando, verificando escalas, dividindo bem os funcionários.¹⁷ Vendo se a equipe está bem inteirada, se não tem intrigas, ou outras coisas, o ambiente como um todo, e com os médicos.¹⁸ Às vezes temos algumas dificuldades com os médicos, porque passam por cima, mas de um modo geral eles valorizam nosso serviço.¹⁹ Os turnos também devem ter uma continuidade e nem sempre tem. É difícil uma equipe que esteja totalmente inteirada, onde todo mundo se goste, então sempre tem algumas coisas que não dá certo, mas a gente procura continuar o trabalho.²⁰ A enfermeira deve ser amiga para que possa ajudar a resolver os problemas.²¹

DISCURSO 7

1. Como você se percebe enquanto enfermeiro desenvolvendo as ações de cuidado em UCP?

Olha, eu me sinto assim, uma pessoa quase completa. Ainda falta um detalhe, que é me casar e ter filhos.¹ Eu tenho uma família maravilhosa que me apóia em tudo o que o eu preciso. Em todas as fases da minha vida que eu precisei sempre tive o apoio deles. Nós somos muito unidos, somos em seis, e nunca tivemos brigas.² Tenho bastante amigos, graças a Deus.³ Aproveito bem minha vida. Trabalho e gosto de passear. Vivo uma vida muito boa, graças a Deus, não tenho grandes problemas, e na minha família, agora estão todos estabilizadinhos.⁴ Eu sou bastante alegre também.⁵ Eu me considero responsável, às vezes, até demais. Sou muito detalhista. E gosto de ser assim. Cuido muito desta parte de mim.⁶ Responsabilidade, educação, ética, acho importante respeitar o próximo, não passar por cima das pessoas.⁷ Eu acho que ter bastante conhecimento é muito importante hoje em dia até para a gente ter amigos, e manter uma amizade é preciso ter conhecimento, para dialogar.⁸ Quanto a mim, acho também que tenho um bom coração. Compreendo bem as pessoas, sou um pouquinho chata, também.⁹ Se eu estou certa eu vou em frente, se não estou, às vezes vou, mas depois volto, procuro a pessoa para me desculpar.¹⁰

2. Quais os aspectos que indicam que seu trabalho é (in)visível?

No meu primeiro trabalho, quando eu fui conhecer o setor, uma auxiliar de enfermagem olhou para mim e falou: antes de ser chefe eu deveria ser amiga. E isso eu guardei, e eu mantenho isso, procuro ser amiga, dentro de um limite.¹¹ Procuro conhecer bem as pessoas para saber lidar com cada um deles.¹² Porque além da gente tratar do paciente, a gente convive com uma equipe grande e tem que saber conversar um por um, porque nem todos são iguais.¹³ Tem pessoas que você conversa de uma maneira e ela vai levar de outra, então tem que conhecer bem a pessoa, para depois emitir uma opinião a respeito.¹⁴ Eu me sinto como enfermeira, como um elo.¹⁵ E também eu sinto que sou uma referência no setor. Um ponto de referência, porque qualquer coisa é a enfermeira, onde que está a enfermeira!¹⁶ Me sinto bastante visível!¹⁷ E eu gosto, porque a cada dia que a gente escuta algo, não em relação aos pacientes, porque isso a agente procura fazer bem, mas em relação a algo que eu fiz que pode até não ser bom, eu reflito e isso me ajuda a melhorar, pois eu penso que poderia ter dito ou feito diferente, e isso me ajuda a crescer.¹⁸ Eu acho que já cresci bastante nisso. Tanto como pessoa, como profissional.¹⁹ Eu acho que eu demonstro confiança.²⁰ Pois se eu chegasse no setor e não conhecesse o mesmo e as pessoas de enfermagem, eu posso dizer que eles confiaram em mim, os médicos acreditam no meu trabalho.²¹ E eu também procuro desenvolver um trabalho bom.²² De repente eu acho que é a confiança tanto tua como de tua equipe.²³ Eles [médicos], aceitam as minhas opiniões, aceitam bastante. Aceitam tanto de conduta, como alguma outra referente a algum procedimento que eles vão fazer. Eu acho isso bom é gratificante²⁴

3. A sua prática tem repercussão no agir dos demais profissionais da equipe em UCP?

Com a enfermagem não tem problema.²⁵ Com a família a gente acaba pegando um certo jeito, acaba conhecendo, conversando e quando vê já criou um vínculo, que é até difícil para a gente se desvincular.²⁶ Às vezes os familiares ligam só para saber como a gente está, ou para dar notícias das crianças. É tão gostoso! E o próprio pessoal acaba se envolvendo!²⁷ A gente acha que a família não deveria ficar perto, mas depois é totalmente diferente daquilo que a gente pensa. Eles ajudam muito a gente!²⁸ Quanto aos médicos, eles trocam bastante, não são sempre os mesmos, como eu sou nova no local, um ano, eu estou avançando com calma, tentando me adaptar a eles e eles comigo. O relacionamento por enquanto é bom.²⁹ Eu acho que eu preciso estudar mais. Não só eu, eu acho que todos precisamos estudar um pouco mais.³⁰ Porque o estudo faz a gente ficar sempre atualizado, podendo falar a mesma linguagem da equipe.³¹ Quanto ao cuidado eu sinto que é satisfatório e gratificante, quando vejo que as crianças melhoram e também vejo os pais satisfeitos.³² Quando a própria criança ou adolescente gostam que você chega perto delas para falar ou mesmo fazer algum procedimento.³³

DISCURSO 8

1. Em sua convivência diária com o enfermeiro na Unidade Crítica, o que você vê e observa, frente as ações de cuidado que ele desempenha?

O enfermeiro na minha unidade tem uma visão muito boa e colabora bastante, especialmente na comunicação com o médico.¹ Pois a comunicação entre eles é sempre melhor do que a nossa.² Quando queremos alguma coisa do médico em relação à medicação ou alguma conduta da criança, pedimos para o enfermeiro falar com ele, tipo a mãe em casa.³ É o enfermeiro quem recebe o paciente especialmente no pós-operatório e depois passa para nós.⁴

2. No seu modo de olhar, o que torna o processo de cuidar do enfermeiro (in)visível?

Quanto ao desenvolvimento das técnicas em si, praticamente não vejo diferença entre o nosso trabalho e o dele, procuramos trabalhar integrado.⁵ O enfermeiro ajuda muito na unidade.⁶ Como o auxiliar esquece de algum material para executar uma técnica, o enfermeiro também.⁷ Porém, ele sabe tudo de todos os pacientes, quanto a patologia, medicação e o que precisa ser feita.⁸ Assim como a enfermagem procura o enfermeiro, assim também o médico se reporta a ele para falar as alterações feitas para os pacientes.⁹ Alguns médicos não avisam nada e a gente preocupada com outras ocupações, deixa passar alguma vez.¹⁰ Porém, quando o médico avisa, o enfermeiro já nos alerta e também ajuda.¹¹

O enfermeiro é muito visado quando tem problemas para serem resolvidos convênios, coisas que necessitam ser melhoradas na unidade.¹²

3. O modo de agir do enfermeiro tem repercussão na sua vida enquanto profissional?

Olhando para compromisso com o doente e com a humanização do cuidado, que o enfermeiro demonstra, eu sinto que ele tem ressonância na minha vida.¹³

DISCURSO 9

1. Em sua convivência diária com o enfermeiro na Unidade Crítica, o que você vê e observa, frente as ações de cuidado que ele desempenha?

O trabalho do enfermeiro em si eu acho bom.¹ Eles tem uma visão maior das coisas, ajudam bastante. A gente tem enfermeiros e enfermeiros. Tem aqueles enfermeiros que tem uma visão bem ampla, que trabalha pela UTI, e tem enfermeiros que só vêem na frente, sem ter aquele olhar mais lateral da unidade.²

2. Você acha que o trabalho deles é (in)visível?

Eu acho que é visível e que qualquer pessoa da equipe pode identificar o trabalho deles, porque o próprio enfermeiro demonstra isso, quando mostra segurança ou insegurança naquilo que faz.³ A gente que é mais velho e já tem treino, percebe logo quando o enfermeiro sabe e quando não sabe também.⁴ Eu acho que a experiência é algo que ajuda na visibilidade do enfermeiro, perante sua equipe e toda a equipe.⁵ Quanto mais tempo ele tem na unidade, mais visível acaba sendo o seu trabalho.⁶ Quando ele chega, geralmente está inseguro, não sabe fazer as coisas e toda a equipe percebe isso e até fica cuidando para que ele não faça nada errado ou contamine algum material.⁷ Então em vez de passar firmeza para nós, ele fica inseguro, até por conta dos olhares que sente sobre si. Isto porque todos criticam, testam aquele que chega para ver até onde vai seu saber e sua segurança.⁸ Se a gente vê que tem segurança e conhecimento a gente sabe que ele vai fazer certo, e não fica dando tanto em cima.⁹ Eu acho que o conhecimento e a experiência e a segurança que ele passa, são fatores que ajudam o enfermeiro a ser melhor visto dentro da equipe.¹⁰ Já os médicos gostam daquele enfermeiro que está com eles nos plantões e aí mesmo vai tomando as decisões das coisas que precisam ser feitas para as crianças doentes. Eles gostam de alguém que assume junto.¹¹

Eu acho que outra coisa para isso é o enfermeiro trabalhar e não mandar. Trabalhando junto, ao nosso lado, ensinando, explicando as coisas que a gente também não sabe. Isso aí torna o enfermeiro bastante visível.¹² Ele acaba se tornando para a gente uma referência, assim como para o médico.¹³ Já existiu sim. O motivo de tudo era porque ele era a favor do funcionário sempre, e o médico não gostava disso.¹⁴ Mas para nós aquele enfermeiro que a gente chama e ele diz: já vou e não vai, ou demora muito, e a gente ali precisando, ou aquele que na hora da emergência a gente nunca encontra, ou a gente precisa falar algo nosso com ele e ele nunca pode, cria um estresse na equipe e o torna invisível para nós.¹⁵ E isso faz com que a gente acabe fazendo tudo sozinho, ou perguntando para o médico, aquilo que deveríamos perguntar para ele.¹⁶

3. O modo de agir do enfermeiro tem repercussão na sua vida enquanto profissional?

Dos dez enfermeiros que passaram por esta UTI, no tempo que trabalho lá mais ou menos cinquenta por cento eram invisíveis.¹⁷ Porém, tem um que marcou muito, que a gente não esquece, porque ele sabia o que queria e a gente até fala que quer ser igual, quando se formar enfermeiro.¹⁸ Os médicos tinham muito respeito pelo trabalho dele. Ele era o enfermeiro¹⁹

DISCURSO 10

1. Em sua convivência diária com o enfermeiro na Unidade Crítica, o que você vê e observa, frente as ações de cuidado que ele desempenha?

Primeiro assim: há menos perda de acesso venoso, porque o enfermeiro sempre vem checando os acessos, há menos perda de sondas, tanto enteral, quanto vesical.¹ As crianças em geral estão bem posicionadas, e com isso, sendo um enfermeiro pró-ativo, o chefe de equipe é menos chamado.² O enfermeiro é uma segurança! Porque seu trabalho não se compara ao nível técnico, mesmo o nível das informações que são passadas tem outra qualidade. A presença dele, a presença constante, o fato de estar sempre conversando com o auxiliar.³

2. Você acha que o trabalho deles é (in)visível?

O que o torna visível, pelo menos para o médico da UTI, é o quanto este enfermeiro está sabendo de cada criança.⁴ Se sabe, que medicação está usando, talvez não saiba nem os nomes, que mantinha certa saturação e que agora está com uma saturação tal, sabe, os aspectos básicos, dados vitais, o fato que o torna visível é o quanto que ele sabe de cada criança.⁵ Isso mostra o quanto ele está sendo participativo na unidade. Esse saber tanto oral, quanto escrito, torna o enfermeiro visível.⁶ Se não ocorrem os itens da fala anterior, ele não terá visibilidade.⁷ Quanto à passagem de plantão o escrito é mais importante, mas para a equipe médica o verbal é muito importante, porque a gente acaba não lendo muito as informações escritas.⁸ Então o enfermeiro mostrando esse lado comunicativo para nós ele é visto como muito participativo.⁹ Aquele enfermeiro que não pergunta nada, não questiona sobre a droga que foi mudada, porque este paciente estava assim, agora está de outro jeito, é apático, ele não nos chama a atenção.¹⁰

3. A prática de cuidado do enfermeiro tem repercussão sobre o seu agir profissional?

Sim, com certeza. É aquela criança que vai ter menos intercorrências, que a gente sabe que será informado de qualquer alteração de dados, é uma criança que terá menos tempo de internamento, menos complicações do próprio internamento, na unidade.¹¹

DISCURSO 11

1. Em sua convivência diária com o enfermeiro na Unidade Crítica, o que você vê e observa, frente as ações de cuidado que ele desempenha?

O enfermeiro é o ponto fundamental dentro do setor, muitas vezes até mais do que o próprio médico,¹ porque eles tem muito mais contato com o doente e percebem muitas alterações que o médico não percebe, porque fica preso nas prescrições e discussões de condutas e não tanto do lado do paciente.² Por isso é muito importante que o enfermeiro esteja junto e forneça estes dados aos médicos.³ Muitas vezes o enfermeiro está quieto fazendo a sua função, mas é ele que orienta o médico na conduta a ser tomada, uma vez que ele está todo o dia acompanhando o paciente e sabe quais as alterações que este paciente vem apresentando desde o dia anterior, indicando melhora, piora ou sentindo dor, pelo tipo de reação que apresenta.⁴ Pode estar fazendo retenção urinária ou outra, e é o enfermeiro que mais percebe as mesmas.⁵

2. Você acha que o trabalho deles é (in)visível?

Eu penso que a visibilidade está fundamentada no tempo de experiência que o profissional tem.⁶ Aqueles que fazem tudo o que tem que fazer e além disso observam e tem experiência, são aqueles que nós temos mais contato.⁷ Em contrapartida, aqueles que cuidam bem agem na preventiva, se tornam até invisíveis, porque são crianças melhores cuidadas, nas quais o médico atua pouco.⁸ Para mim o questionamento é importante, o conhecimento é importante a experiência é importante. Aquele enfermeiro que escreve, faz uma boa evolução é importante também para a tomada correta de decisões pelo médico, porque ambos fazem um corpo a corpo na unidade.⁹ Aquele enfermeiro que detecta precocemente as alterações e comunica o médico ajuda para que a criança possa recuperar-se mais rapidamente ou não sofrer as consequências de uma conduta demorada, que pode causar mais danos do que os já existentes, é por nós visibilizado.¹⁰

DISCURSO 12

1. Em sua convivência diária com o enfermeiro na Unidade Crítica, o que você vê e observa, frente as ações de cuidado que ele desempenha?

Na minha experiência, eu posso dizer o seguinte, quando a gente começou a trabalhar aqui, a gente tinha muito pouco contato com o enfermeiro.¹ O hospital já era grande, mas o número destes profissionais era muito pequeno. O enfermeiro quase não tinha participação. A medida que, o hospital foi crescendo o enfermeiro foi sendo incorporado à estrutura do hospital.² E eu considero uma pessoa importante dentro do trabalho que é desenvolvido na unidade de terapia intensiva.³ É uma pessoa importante porque conhece a parte química, a parte de atendimento, de equipamento, faz o contato com os auxiliares.⁴ Então eu acho que é uma pessoa de muita importância dentro do hospital. Eu acho que dentro do hospital, esse é um trabalho que vem sendo reconhecido e requisitado.⁵ Ter esse profissional dentro da equipe é importante, porque enquanto o médico atende o paciente, o enfermeiro vai providenciando as outras coisas necessárias ao bom atendimento, como respirador, drogas, exames e contatos com outras áreas do hospital.⁶

2. Você acha que o trabalho deles é (in)visível?

Sim, com certeza! E a gente sempre conta com o enfermeiro, nas nossas atividades.⁷

Olha, esse é um problema porque você pode ter a visibilidade positiva e negativa.⁸

Isto é, tem algumas pessoas que ao lembrá-las, você acaba lembrando delas pelas coisas erradas que fizeram.⁹ Aqueles profissionais menos envolvidos tanto com os doentes, quanto com a equipe, no meu modo de ver, foram invisíveis.¹⁰ Aqueles que tem habilidades, responsabilidades, são questionadoras, mas que ajudam, estão por perto, fazem sugestões são visíveis.¹¹ Eu acho, porém, que elas são mais fazedoras, do que questionadoras.¹² Olha, eu acho que tem, eu acho que na realidade a supervisão deve ter uma atuação mais contínua, um nível de atenção mais acurado.¹³ Pessoas ativas, observadoras e atuantes que ajudem prevenir complicações dentro da unidade. Isto é, profissionais que atuem na prevenção. Pessoas que chequem pessoas, aparelhos, alarmes, para que tudo esteja funcionando.¹⁴ A gente conta com o enfermeiro e a enfermagem para fazer isto.¹⁵ Outra parte importante é o contato com a família. O enfermeiro é a ponte entre nós e os familiares.¹⁶ Ele acaba segurando os bons e os maus momentos da estadia da família no ambiente.¹⁷ Muitas vezes nos prognósticos fechados a gente precisa do apoio do enfermeiro, para dar suporte à família, a fim de que ela saiba suportar aquele momento com mais força e aceitação.¹⁸ Ele é uma pessoa que ajuda bastante a gente no trabalho dentro da UTI.¹⁹

3. A prática de cuidado do enfermeiro tem repercussão sobre o seu agir profissional?

Ele multiplica, porque na verdade a gente consegue agilizar bastante coisa, em função da atuação deles.²⁰ Este trabalho de bastidores deles, acaba aparecendo na rapidez com que muitas coisas são resolvidas.²¹ Eu gostaria de me referir ao perfil de formação dos enfermeiros. Eu acho que devem olhar pelo lado técnico, sem esquecer do social e humano, porque todos somos muito cobrados hoje em dia.²² A sociedade ficou mais exigente e cobra responsabilidades médicas, de enfermagem e institucionais.²³ Todos temos que ficar muito atentos aos fatos, dando uma resposta concreta aos mesmos.²⁴ Precisamos de profissionais sensibilizados para este tipo de necessidades, que mantenham um bom padrão de atendimento, para que possamos dar mais conforto ao nosso usuário.²⁵

DISCURSO 13

1. Em sua convivência diária com o enfermeiro na Unidade Crítica, o que você vê e observa, frente as ações de cuidado que ele desempenha?

Eu acredito que o trabalho do enfermeiro seja o mais árduo dentro da unidade.¹ É ele que tem todo desenrolar de uma situação, porque na realidade são eles que percebem toda e qualquer alteração com uma criança que não tem uma evolução adequada.² Eu acredito que um trabalho por vezes invisível, se torna mais visível aos nossos olhos, porque o enfermeiro em um tempo curto tem que avaliar a criança e nos avisar.³ Aos olhos dos pais, com certeza, eles ainda acreditam que o médico é o mais atuante. Porém, esta não é a realidade.⁴ Sem a enfermagem a unidade não existe, não há como.⁵ O fato de estarmos juntos há muitos anos, penso que mais que setenta por cento do quadro é o mesmo do início da unidade, por isso é uma equipe muito coesa, que possibilitou às crianças terem um atendimento diferenciado.⁶ O enfermeiro responsável pela unidade, conhece cada componente e consegue reger a orquestra.⁷ Como temos uma afinidade grande, também conseguimos perceber algumas nuances, especialmente as resistências para receber um elemento novo na equipe.⁸ Nós sempre queremos as pessoas experientes, as pessoas de confiança, porque o trabalho da enfermagem é cem por cento.⁹ Quando montamos um novo serviço em outro lugar percebemos que não adiantava chegar com uma equipe médica pronta, mas sim formar uma equipe de enfermagem.¹⁰ Sempre nos falaram que a remuneração é pequena para tal equipe, nós achamos que para nós é a mesma coisa, isto é, a queixa é própria do ser humano.¹¹ Mas a dedicação dos enfermeiros e sua equipe é algo incontestável.¹² O enfermeiro conhece a mãe, o pai, enfim, conhece bem todos! Quando ele te diz: este bebê está diferente, vá logo ver, porque o olho dele é melhor que o teu, é treinado.¹³

2. Você acha que o trabalho deles é (in)visível?

Eu acho que o conhecimento e a experiência são primordiais para que o enfermeiro seja visível em sua prática.¹⁴ Numa unidade como a nossa, eu posso passar conhecimentos básicos, para aquele que chegam e depois ir complementando no decorrer do tempo, com reuniões ou conversas informais.¹⁵ Por ser este um lugar de referência, exige que os profissionais sejam capacitados para detectar precocemente as intercorrências.¹⁶ Quando nós pegamos uma planilha da enfermagem e encontramos algo não conforme, isso é passado para o enfermeiro e repassado para a equipe, e por conta disso o nível não cai, porque tudo é muito cobrado!¹⁷ Dela é cobrado mais porque passa o tempo todo olhando os bebês, coisa que o médico não faz.¹⁸ A parte técnica aquele elemento novo da equipe de enfermagem aprende logo, mas a nossa aceitação dele é lenta, não queremos que ele cuide da criança grave, até ganhar confiança nele. Porém, a enfermagem se ajuda muito, para superar estas dificuldades e ir pegando devagar os casos mais complexos.¹⁹ O médico não lê as anotações do enfermeiro, ele só olha os dados vitais do paciente. Só lemos as anotações e evoluções do enfermeiro quando temos algum problema. Caso contrário não. As informações verbais são mais importantes. Talvez porque existe coesão entre a equipe, se assim não fosse, é possível que o papel seria mais importante.²⁰ Existe uma passagem de plantão de médico pra médico e outra de enfermeiro para enfermeiro, a minha opinião é que o enfermeiro fizesse parte daquela do médico também, uma vez que a psicóloga e o fisioterapeuta estão. Como existe um intervalo entre as mesmas é possível a participação, até porque o plantão do enfermeiro e da enfermagem é feito na beira do leito e a nossa não, para diminuir ruídos e poder discutir os casos mais longe dos pais. Eu acho que a presença do enfermeiro na passagem do plantão é importante porque ele adianta para nós muitas coisas nas marcações dos exames.²¹ Quanto ao trabalho do enfermeiro se interfere no meu desempenho enquanto médico? Ele interfere muito, sua ajuda é fundamental.²² Se ele cuida bem o médico fica mais tranquilo para pensar nas condutas que deve tomar, se não o faz, gera muita insegurança e preocupação. Uma informação errada, gera de nossa parte um raciocínio errado também.²³ Por isso o enfermeiro e a equipe merecem toda a informação do mundo a respeito dos casos, para que não procedem erradamente.²⁴ Até a dor do paciente é visto de forma diferente pelo enfermeiro, do que pelo médico, porque ele vê constantemente o doente, coisa que o médico não faz.²⁵ Até a família se relaciona diferente com o enfermeiro e a enfermagem, do que com o médico. Para aqueles com maior rigidez, para nós, com toda brandura, porque eles pensam que dependem mais de nós do que dos enfermeiros e sua equipe. Isso é coisa da cultura.²⁶ Agora com a família dentro da unidade a gente está aprendendo tudo.²⁷ Mas a

enfermagem assimilou muito mais rápido do que nós a necessidade da presença deles, para as crianças da UTI.²⁸ Contudo, a presença dos familiares tirou muito de nossas conversas e espontaneidade. Somos mais sérios, falamos menos, do que antes, porque como vamos rir e brincar, se tem um pai e uma mãe sofrendo ali? Todos precisamos nos policiar mais sobre o quê e o como falamos as coisas.²⁹

3. A prática de cuidado do enfermeiro tem repercussão sobre o seu agir profissional?

Eu sempre tive bons olhos para o enfermeiro. Acho que ele trabalha muito e é pouco reconhecido e valorizado.³⁰ O médico tem um reconhecimento muito mais rápido da sociedade.³¹ Dentro do hospital nada é pior do que ser enfermeiro! Tudo sobra para ele, tudo “bate” nele!³²

DISCURSO 14

1. Em sua convivência diária com o enfermeiro na Unidade Crítica, o que você vê e observa, frente as ações de cuidado que ele desempenha?

O contato que eu tenho com os enfermeiros e auxiliares dentro das UTIs é vendo que este trabalho é sempre intensivo, cuidam de crianças sempre graves, quando melhoram saem de lá.¹ Então é um trabalho muito frustrante também, porque a evolução é lenta a recuperação se dá e às vezes não se dá como a gente quer.² As enfermeiras e sua equipe ficam muito tempo com o paciente.³ Às vezes o médico impõe uma dieta alimentar e o paciente reclama de fome para a enfermeira e não para o médico.⁴ Então para elas trabalharem tecnicamente com este paciente, respeitando a prescrição médica, não gratificando o paciente com as guloseimas que eles pedem geralmente, elas precisam se firmar muito no lado técnico e não prestar atenção nos sentimentos, na subjetividade, no que aquilo pega para elas.⁵ Muitas vezes os enfermeiros não concordam com tanta restrição alimentar, e isso faz com que elas sofram, mas elas precisam priorizar o lado profissional e técnico não consideram o lado pessoal delas.⁶ Diante da morte iminente de alguém, elas sentem muito em não poder satisfazer seus desejos, se vai mesmo morrer...⁷ O enfermeiro é muito mais sensível do que o médico, para os desejos do cliente, o lado humano é mais visível nelas.⁸ Só que isso ela não pode deixar aparecer, porque isso ficaria para o médico a idéia de que ela é uma mole, uma fraca, que contraria as ordens médicas.⁹ Então, aquele lado que a gratificaria de vez em quando não pode ser manifestado.¹⁰ Com tanta tecnologia tudo tem que ser muito medido, calculado e frio e o lado humano tem que ficar abafado.¹¹ Outra coisa que a equipe de enfermagem fala muito, quase como se culpando de algo, é quando ela verbaliza que não agüenta mais fazer curativo naquela ferida aberta, mas não vai falar isto, porque podem pensar que não sabe trabalhar, então faz de conta que está tudo bem, porque se falar de seus sentimentos é sinal de fraqueza ou de insegurança, então se escondem atrás de uma perfeição.¹² O enfermeiro, principalmente o chefe, fica numa posição de algodão entre os cristais, entre os plantonistas e o médico da especialidade.¹³ Algumas vezes ela percebe alguma discordância entre os médicos, mas não pode fazer aquilo aparecer.¹⁴ Fica para ela a necessidade de estar harmonizando o ambiente, inclusive as cobranças da sua própria equipe, sem pender para lado nenhum, uma vez que ela tem que trabalhar com todos.¹⁵ Por vezes necessita esconder a opinião própria sobre o assunto, para evitar posicionamento de um lado ou de outro, evitando criar conflitos maiores do que aqueles que normalmente existem dentro de uma UTI.¹⁶ Nem os problemas pessoais eles podem evidenciar, pois alguns me dizem: “eu cuido dos filhos dos outros e dos meus mesmo eu acabo não cuidando”. Ficam em casa doentes, sob os cuidados da empregada ou da vizinha e muitas vezes não sou compreendido pelos familiares, em suas observações.¹⁷ O enfermeiro sabe de suas capacidades e responsabilidades, sabe como fazer aquele procedimento, mas a mãe às vezes não sabe que ele sabe.¹⁸ Então ela pensa, “quem é você que vai cuidar de meu filho”? Então vai da aparência e da qualidade do trabalho que apresenta, para que a empatia aconteça.¹⁹ Quando os pais comparam serviços, o enfermeiro não reage em nome de uma ética.²⁰ Às vezes, a gente não se põe no lugar do doente para se dar conta que na hora que a doença pega, a razão vai embora, rapidinho, e por isso qualquer comentário que se faça desperta na família uma ansiedade; por que será que o enfermeiro disse aquilo? Então ele precisa se policiar muito para não ser mal interpretado.²¹ Aqui no hospital, o enfermeiro não dá o parecer médico, mas é o enfermeiro que está o dia inteiro com a mãe ali na UTI, e a mãe tem muito mais acesso para falar com o enfermeiro do que com o médico.²² E quando fica perguntando muito, por vezes o enfermeiro sai de perto para não se sentir tão cobrado. Daí passa por antipático.²³ Eu penso que é um malabarismo o que eles fazem.²⁴ Tem aquele familiar com o qual o enfermeiro poderia estar falando mais, sendo mais simpático e acessível, mas acaba não fazendo para que os mesmos não confundam sua posição e passem a esperar dele algo que não possa fazer. Com isso se resguarda.²⁵ E, se resguardando, passa para a família a idéia de insensível, que não pergunta como estou, por que se der a “mão vão querer o braço”, então o enfermeiro fica na dele para não se envolver no problema dele.²⁶ E fica difícil para o enfermeiro saber até onde ele pode ir para não se comprometer muito, que é bem o limite entre a técnica e a humanização.²⁷ Às vezes ele deixa de fazer um movimento mais humano para a família não aumentar a expectativa em relação ao que ele pode fazer.²⁸ Parece que eles não se expõem tanto quanto poderiam eles não se mostram como verdadeiramente são, eles não emitem opiniões, até para não se confrontarem com o plantonista que vem dali a pouco.²⁹ Muitas vezes os pais ficam sem informações, porque ninguém quer falar.³⁰ O médico entra na sala e fecha a porta e não quer

que entre. Isso é angustiante e muito ruim para o enfermeiro.³¹

2. Você acha que o trabalho deles é (in)visível?

Sim eu acho que sim. Pois aquele enfermeiro que se impõe mais, se determina mais, se mostra mais, que defende as suas idéias, dá mais trabalho para a equipe, ele aparece mais também.³² Muitas vezes o enfermeiro se esconde, para não se comprometer, mas o que aconteceria se ele se compromettesse?³³ Talvez colocasse as coisas no seu devido lugar, determinando melhor a sua função dentro da equipe.³⁴ Muitos pais me dizem que vêem o enfermeiro sair com os olhos cheios d'água, para uns é sinal de fraqueza, para outros de humanidade.³⁵ O relacionamento acaba ficando até mais simpático depois de uma destas manifestações.³⁶ Será que custa dizer: "que ruim isso que está acontecendo com seu filho".³⁷ Pode ser que isto gere na equipe algum mal-estar, mas o enfermeiro que quer aparecer, tem que dar mais trabalho.³⁸ Muitas vezes o enfermeiro não concorda com a atitude do médico que não permite que a mãe fique ao lado do filho durante uma punção venosa que ela já viu muitas vezes, mas não fala nada, se omite, para não estragar o ambiente de relações, e até o medo de perder o emprego. Ele se esconde para evitar certos tipos de confrontos.³⁹ Eu gosto muito do enfermeiro fulano porque se impõe.⁴⁰ Ele porém, paga o preço de ser tachado de ruim, fica com a fama, por não deixar passar nada.⁴¹ Ele já brigou comigo, mas eu tenho que admitir que tinha razões. Eu prefiro assim, do que dizer que não viu, não estava na hora, etc.⁴² Entendo que para evitar muitas coisas é melhor agir assim, mas isso compromete a humanização.⁴³ Ele não deve ter medo de expor sua opinião, mas deve estar aberto para aceitar aquela da maioria do grupo.⁴⁴

3. A prática de cuidado do enfermeiro tem repercussão sobre o seu agir profissional?

Eu acho que interfere, quando está fazendo um procedimento técnico, e não presta muita atenção no paciente, na sua expressão, naquilo que diz.⁴⁵ Por conta disso, muitas vezes nos avisaram quando a família toda já estava desestruturada. Ou seja, já era tarde para prevenir.⁴⁶ Eu sei que se eles se adiantarem, sempre serão cobrados, mas esse, a meu ver é o caminho da visibilidade.⁴⁷

DISCURSO 15

1. Em sua convivência diária com o enfermeiro na Unidade Crítica, o que você vê e observa, frente as ações de cuidado que ele desempenha?

Eu vejo uma diferença entre o enfermeiro que atua na enfermaria e aquele que trabalha na UTI.¹ Parece que na enfermaria, existe mais um corpo a corpo falando tecnicamente, mas existe também mais conversa, o diálogo, a escuta, essa coisa mais do dia a dia.² E na UTI eu já vejo que este corpo a corpo está mais com as auxiliares e a parte técnica mais sofisticada, está com a enfermeiro “padrão”.³ Eu consigo ver mais o enfermeiro no seu trabalho de assistência ao paciente, na enfermaria, do que na UTI. Na UTI eu converso muito mais com as auxiliares, porque elas estão mais próximas do doente e da família, do que com os enfermeiros.⁴ Estes, estão sempre muito ocupados, mas naquilo que se refere à técnica.⁵ No aspecto relacional, eu percebo mais as auxiliares. Até quem solicita o nosso serviço é o auxiliar.⁶ Talvez porque estou a tempo lá e isso dá certa liberdade para eles agirem assim.⁷ Até para os grupos de apoio, (o cuidado com o cuidador), quem mais se faz presente são os auxiliares, os enfermeiros, se dizem sempre muito ocupados.⁸ Não que não tenham dificuldades, mas eles parecem ser mais cobrados pela equipe médica, e o estar aqui, seria uma hora técnica a menos no setor.⁹ O enfermeiro deve tentar perceber que há limites, para não sofrer sérias frustrações na sua trajetória de trabalho, até porque eles são, dentro da equipe, agentes muito próximos da vida e da história tanto do paciente como de sua família.¹⁰ As auxiliares chegam a verbalizar suas “dores” em relação a perdas de pacientes, mas os enfermeiros não.¹¹ Eles guardam muito mais e conseqüentemente devem sofrer muito mais. Pois não podem chorar, não podem mostrar seu próprio sofrimento.¹² Os enfermeiros porém, devem saber o quanto precisam ser profissionais e o quanto podem expandir o seu lado pessoal e humano, sem se sentir constrangido por isto.¹³ O que eu percebo é que os enfermeiros não se permitem sofrer. E isso acaba se refletindo como um sintoma na relação com o paciente, com a equipe de auxiliares e com o médico.¹⁴ Um se tornará rígido demais, ou não ligará muito para as coisas, outros poderão chorar, ter dores de cabeça ou ficarem mal-humorados o tempo inteiro.¹⁵ A meu ver, são todas defesas, para poder agüentar ficar no ambiente da UTI. Quanto mais tempo, mais defesas.¹⁶ Muitos dizem que aprenderam a conviver com a dor do outro, sem sentir a mesma dor, de tanta defesa que conseguiram criar.¹⁷ Eles sabem atender o doente que não fala, mas o ‘grandinho’ que se relaciona e que reclama, eles logo chamam a psicologia para atender, porque o estresse em não poder resolver todas as queixas, mexe com todos os profissionais, inclusive, médicos.¹⁸ É, eu vejo que esta segurança existe sim, especialmente nas mais antigas, mas de uma forma muito técnica.¹⁹ Até a maneira de se relacionar, é uma maneira muito técnica.²⁰ A família vem então, e diz para a enfermagem do que o paciente gosta, quais são seus brinquedos preferidos e até a forma de abordá-lo em certas situações, das dificuldades para conseguir engravidar e do quanto aquela criança representa para eles.²¹ Dados que os médicos, tinham alguns recortes, mas a enfermagem nem sempre tinha, antes da implantação da permanência dos mesmos no ambiente.²² A equipe, como um todo precisou aprender muita coisa de como lidar com aqueles pacientes, que de certa forma, já sabiam como lidar.²³ Todos devem primar pelo técnico, sem perder o lado humano dos relacionamentos, e, a capacidade de ver cada doente como único.²⁴ Se existe dificuldade para alguns enfrentamentos como a dor e o sofrimento dos pacientes, os profissionais podem utilizar-se de defesas, mas não a ponto de dificultar a relação.²⁵ A empatia acontece quando o médico ou o enfermeiro se interessam mais pelo paciente e sua história.²⁶ Pode ser um ótimo enfermeiro ou outro profissional, mas se não tiver o mínimo de escuta, não terá muito valor para a manutenção da relação.²⁷

2. Você acha que o trabalho deles é (in)visível?

Bem, na verdade, em termos hospitalares existe uma hierarquização, isto é, o paciente se interna com o médico. Que estaria no topo da mesma.²⁸ O trabalho do enfermeiro é necessário também, é competitivo com o do médico, por estar ali 24 horas.²⁹ Ele, na verdade, é quem viabiliza tudo aquilo que o médico prescreveu para aquele paciente.³⁰ Ele está no topo da pirâmide, mas inferior ao médico, porém, acima de sua equipe.³¹ Então, eu acho que ele fica numa posição de mediador, porque pertence a equipe de enfermagem, mas não é da equipe, por ser chefe da mesma, ao mesmo tempo tem que pertencer a equipe médica, mas sem pertencer. Então ele fica meio isolado naquele meio.³² E se a gente verificar em termos numéricos, ele é um, para vários subordinados e

vários médicos.³³ Então, se olharmos bem neste ambiente, o enfermeiro se perde ali dentro.³⁴ Ele tem uma função muito definitiva, importante mesmo, porque faz toda a mediação entre os auxiliares e médicos e o restante da equipe.³⁵ Ali existem muitos conflitos e o enfermeiro fica mediando estes conflitos, se colocando às vezes numa posição mais médica, outras vezes mais de auxiliar.³⁶ Por conta desse seu papel, ele fica menos visibilizado, por que não está bem localizado em nenhuma das equipes.³⁷ Ele é único, e muito solicitado para executar procedimentos que só ele faz.³⁸ Eu penso que mesmo a família sabe quem é o enfermeiro, mas lida mais com os auxiliares.³⁹ Quando elogia, elogia a equipe, ou certos auxiliares particularmente, até porque o corpo a corpo é realizado mais por eles do que pelo enfermeiro.⁴⁰ Este só aparece para realizar alguns procedimentos que os técnicos ou auxiliares, não podem fazer, então o vínculo acaba se dando mais com o auxiliar.⁴¹

3. A prática de cuidado do enfermeiro tem repercussão sobre o seu agir profissional?

Eu acho que ele interfere no sentido do relacionamento. Porque como o enfermeiro é o chefe dos auxiliares, se ele não sabe se dar bem com a mesma, relacionar-se adequadamente, ter a devida liderança, isso influencia, porque todos os reflexos da relação da enfermagem entre si, com as outras equipes e os familiares, vão acabar todos em mim.⁴² Se há uma boa comunicação e clareza na mesma, os sintomas das relações, tendem a ser melhores em todos os sentidos.⁴³ Quando o enfermeiro deixa as coisas correrem meio soltas, não quer chamar atenção, os sintomas negativos aparecem mais.⁴⁴ Até porque são os enfermeiros, que dentro da equipe deles dão as coordenadas.⁴⁵ Eu também acho que a pessoa competente no seu trabalho, nem precisa fazer muito barulho para aparecer. As consequências dele vão acabar aparecendo.⁴⁶ Isso claro, precisa de tempo, de boas relações com a equipe, posicionamento, e a criação de vínculos.⁴⁷

DISCURSO 16

1. Em sua convivência diária com o enfermeiro na Unidade Crítica, o que você vê e observa, frente as ações de cuidado que ele desempenha?

Há muito tempo a enfermagem passou a dar mais importância para este serviço de fisio.¹ Eu peguei três tipos de enfermeiros. Os primeiros que se destacavam realmente como chefias, participavam bastante das atividades dos técnicos e auxiliares, manuseando com eles os pacientes, além de cuidar de toda a parte administrativa e técnica do setor.² Depois desse período, veio uma fase de muito rodízio de enfermeiros, na qual eu particularmente, fiquei muito descontente, porque não eram iguais aos primeiros.³ Aprendiam, depois mudavam de horário e finalmente trocavam de hospital. Foi um tempo de muita ausência da figura do enfermeiro, enquanto participante de um processo de cuidados.⁴ Agora, parece que estamos vivendo novamente um tempo de maior comprometimento dos enfermeiros, com o paciente, e a equipe em geral.⁵ Porém, como existe um enfermeiro por turno e um que é chefe, às vezes esse um acaba emperrando o trabalho dos demais, pela falta de delegação e até de presença mais constante.⁶ Em vários lugares eu faço a extubação do paciente, e nunca tive problemas, outro dia eu recebi um recado do enfermeiro que eu não poderia mais fazer isso na unidade dele, sem outra explicação.⁷ Eu acredito que isso seja um obstáculo para o meu trabalho, quando na verdade já é uma prática que não começou ontem.⁸

2. Você acha que o trabalho deles é (in)visível?

Eu vejo uma relação positiva, com raras exceções. Isso até por conta de que cada pessoa é uma pessoa e as reações acabam se diferenciando.⁹ De um modo geral existe o respeito pelo trabalho um do outro, solicitam a ajuda, existe o trabalho interdisciplinar.¹⁰ Sim, neste sentido existe respeito pelo parecer do enfermeiro. Quando se questiona, se a resposta dele for cabível, quem perguntou acata a idéia.¹¹ Quanto a família, o contato maior é com o auxiliar.¹² Mas quando tem aquelas famílias mais “problemáticas” a postura do enfermeiro em relação à mesma é geralmente satisfatória.¹³ Ele se posiciona defendendo o paciente e a equipe, diante do médico.¹⁴ Penso até que passou aquela fase do “cliente sempre tem razão”. Devem-se ponderar bem as coisas sempre.¹⁵

3. A prática de cuidado do enfermeiro tem repercussão sobre o seu agir profissional?

Sim, com certeza. A interação, na verdade não só do enfermeiro, mas da equipe de enfermagem, quando busca o melhor momento para a minha atuação junto ao paciente.¹⁶ Tanto para mim, quanto para as crianças esta ajuda mútua é muito importante, porque se consegue detectar quais são as prioridades para o bem-estar dos pacientes.¹⁷

DISCURSO 17

1. Em sua convivência diária com o enfermeiro na Unidade Crítica, o que você vê e observa, frente as ações de cuidado que ele desempenha?

Eu acho muito importante o trabalho do enfermeiro, porque é o trabalho que mais aparece.¹ Porque é o cuidado que você tem que ter, sempre em contato com o paciente. É um trabalho que aparece, porque você está manuseando, alimentando, fazendo medicação.² O meu serviço com o do enfermeiro e sua equipe para ter resultado positivo, precisa de colaboração e parceria.³ Sem o enfermeiro eu acho que a UTI não andaria.⁴ Pois eu dependo muito deste profissional para estar repassando minhas condutas e para saber sobre a evolução das crianças.⁵ O médico me aceita melhor que o enfermeiro, até porque eu estou todos os dias cuidando, mas ele ainda não tem o mesmo reconhecimento pelo profissional enfermeiro, que fica mais tempo que eu, dentro de uma destas unidades.⁶ Eu acho o nosso trabalho muito parecido com o da enfermagem. Quase sempre é um trabalho que tem visibilidade.⁷ Quando alguém não faz o que deveria, todos cobram, por isso o enfermeiro deve saber dos casos, conhecer de tudo um pouco.⁸ Por conta disso eu acho que o conhecimento não só dos casos que estão no setor, ajuda o enfermeiro a ser visível.⁹ Mas eu também penso que o tempo de casa, o tempo de UTI é igualmente importante para isso, pois ele vai ficando mais gabaritado, mais confiante e isso, no meu modo de julgar, visibiliza o enfermeiro.¹⁰ Os meus cuidados e os prestados pelo enfermeiro e sua equipe, quando vinculados à família, ajudam a nos tornar visíveis para eles.¹¹ Antes, todos os pacientes falavam só do médico, mas hoje já começam a ver os outros profissionais como parte de uma equipe. Parece que começam a compreender que o médico não atua sozinho.¹² Se cada profissional da equipe fizer o que deve bem feito, o resultado aparece, e o paciente ganha em qualidade no cuidado.¹³ Quando entra um enfermeiro novo eu procuro ajudar naquilo que me compete, porque eu sei o que é ser novo num lugar complexo.¹⁴ Ele pode não ter a prática, mas se ensinado aprende. No começo eles têm muito medo, de aspirar, por exemplo, mas se explicar bem e deixar à vontade, eles conseguem, com algumas exceções.¹⁵

2. Você acha que o trabalho deles é (in)visível?

Eu acho que trabalhar com humanização, fazer um trabalho de qualidade, e buscar constantemente o conhecimento, o saber, a atualização das técnicas e tecnologias, levam, sem sombra de dúvida à visibilização do enfermeiro, porque ele está sempre buscando crescimento, melhoria, para servir melhor.¹⁶ E isto traz resultados positivos para ele, a equipe e o paciente e familiares.¹⁷ O contrário disto, é o fim do profissional, porque a acomodação faz o mundo ficar muito restrito.¹⁸ Dentro de uma UTI, eu acho que a equipe interdisciplinar do paciente deveria ter uma relação mais efetiva, não haver trocas de informações de alto nível só entre médicos, ou entre enfermeiros. Mas todos, trocando tudo para o bem do cliente. Hoje se fala muito neste sentido, mas se faz pouco!¹⁹ Mas eu sinto assim, que quando o enfermeiro é novo ele tem medo e vergonha de dizer que não sabe, e isso aí anula o próprio profissional.²⁰ Mas eu já vi enfermeiros novos, que não sabem, pedindo para um e outro lhe ensinar a fazer tal coisa.²¹

3. A prática de cuidado do enfermeiro tem repercussão sobre o seu agir profissional?

Eu penso também que a minha profissão e do enfermeiro já foram muito rebaixadas, mas hoje parece que isso está mudando e a figura deste profissional já começa a despontar, quer seja pelo cuidado, pelo empenho ou pela pesquisa, que vai embasando a prática.²²

DISCURSO 18

1. Em sua convivência diária com o enfermeiro na Unidade Crítica, o que você vê e observa, frente as ações de cuidado que ele desempenha?

Eu acho que o grupo dos enfermeiros, a enfermagem é abençoado por Deus.¹ Eu vejo que às vezes existe muita coisa para ser feita e o auxiliar não dá conta, então chama o técnico, que por sua vez tem que chamar o enfermeiro.² Ele é aquele que mais sabe na equipe, talvez seja por isso.³ Os enfermeiros são bem prestativos, dedicados e tem muito carinho pelas crianças.⁴

2. Você acha que o trabalho deles é (in)visível?

Eu não consigo ver nenhuma diferença entre o cuidado do enfermeiro e dos outros membros da equipe. No meu modo de ver eles cuidam iguais.⁵ O médico sempre conversa com o enfermeiro, especialmente quando tem uma criança nova ou que está grave, e este passa para o restante da equipe.⁶ Lá não existe um que se sobressaia ao outro. Contudo, cada um mostra a sua característica dentro do grupo.⁷

3. A prática de cuidado do enfermeiro tem repercussão sobre o seu agir profissional?

A forma de trabalhar certinho deles, me motiva a fazer também o meu serviço desta forma dentro da unidade.⁸

DISCURSO 19

1. Em sua convivência diária com o enfermeiro na Unidade Crítica, o que você vê e observa, frente as ações de cuidado que ele desempenha?

Eles são muito competentes, mas a equipe médica nem sempre colabora.¹ Eu acho que eles trabalham bem.² Eu vejo que muitas vezes a enfermagem pode fazer certas coisas, mas acaba pedindo para o enfermeiro fazer.³ É nisso que eu vejo a competência.⁴ Durante a assistência não vejo diferença entre o auxiliar e o enfermeiro, por que ambos são competentes.⁵

2. Você acha que o trabalho deles é (in)visível?

Eu acho que ele é visível e valorizado pela equipe.⁶ Existe no seu olhar, alguma diferença entre os enfermeiros? Penso que sempre existe alguma, pelo jeito pessoal de cada um.⁷ Mas o que mais me chama atenção é a iniciativa e a competência.⁸ Porém o enfermeiro que mais me marcou foi pela sua agilidade em fazer as coisas.⁹ Mas o conhecimento eu considero muito importante para a visualização.¹⁰ Eu acho que para o enfermeiro ser visível, também tem que saber atender às emergências.¹¹ Não pode ficar esperando, tem que agir! Tem que por a mão na massa e saber determinar tarefas.¹² Os médicos parece que gostam de enfermeiros assim.¹³

3. A prática de cuidado do enfermeiro tem repercussão sobre o seu agir profissional?

Eu penso que sim. Pois sempre que eu vejo qualquer tipo de situação, eu geralmente penso que se ela estivesse ali, seria diferente.¹⁴